



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

Blended Therapie als Unterstützung bei Burnout?

Unterstützungsmöglichkeiten in der digitalen Sekundärprävention bei burnoutgefährdeten Personen

MASTER-ARBEIT

2025

Autorin
Stanic, Danijela

Begleitpersonen
Jenny, Gregor
Kaufmann, Michaela

Praxispartnerin
YLAH AG
von Gunten, Florence

Danksagung

Ich blicke auf eine intensive, lehrreiche und unglaublich spannende Zeit zurück, in der mich zahlreiche Personen aus verschiedenen Bereichen meines Lebens unterstützt haben. Im privaten Umfeld konnte ich meine Emotionen abladen und für nötigen Ausgleich sorgen, während ich im beruflichen Kontext wertvolle inhaltliche und methodische Hilfe von meinem Team erhalten habe. Ein grosses Dankeschön möchte ich meinen Begleitpersonen Michaela Kaufmann und Gregor Jenny aussprechen. Sie haben sich von Anfang bis Ende Zeit genommen, meine Ideen anzuhören, standen mir mit ihrer Expertise zur Seite und haben mir in schwierigen Phasen versichert, dass diese zum Prozess gehören und ich auf dem richtigen Weg bin. Der Austausch mit ihnen war für mich sowohl unterstützend als auch motivierend und lehrreich. Die Zusammenarbeit mit Florence von Gunten, meiner Betreuungsperson seitens meiner Praxispartnerin ylah®, war ebenfalls sehr unterstützend und motivierend. Florence zeigte von Anfang an Interesse an meiner Idee, liess mir viel Freiraum bei der inhaltlichen Gestaltung und unterstützte mich bei wichtigen Entscheidungen mit ihrer Perspektive. Ein besonders bereichernder Teil dieser Arbeit war der Austausch mit den Interviewpersonen. Dank der grossartigen Unterstützung von Thierry Kneissler konnte ich Interviews mit Personen aus verschiedenen Grossunternehmen führen und deren Perspektiven in meine Arbeit einfliessen lassen. Zuletzt möchte ich mich herzlich bei allen Personen bedanken, die an meiner Umfrage teilgenommen haben. Ohne ihre Unterstützung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Zusammenfassung

Die zunehmende Erschöpfung von Erwerbstätigen führt in der Arbeitswelt zu einem erhöhten Risiko für Burnout. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Arbeit Möglichkeiten der digitalen Sekundärprävention bei burnoutgefährdeten Personen in Zusammenarbeit ylah®. Ziel war es, Belastungserleben zu erfassen, Unterstützungsquellen zu analysieren und die Einbettung von Burnout im Blended-Setting in der Sekundärprävention in Organisationen zu betrachten. Theoretisch basiert die Arbeit auf dem Job-Demands-Resources-Modell und dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Die Datenbasis besteht aus einer quantitativen Online-Befragung ($N = 119$) und sechs qualitativen Interviews mit Expert:innen aus Grossorganisationen. Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit erhöhter Erschöpfung im Privatleben Lebenspartner:innen und im Arbeitskontext Arbeitskolleg:innen als bedeutsame Unterstützungsquellen wahrnehmen. Häufig genannte Belastungsfaktoren sind ein hohes Arbeitspensum, Zeitdruck und emotionale Anforderungen. Diese Anforderungen stehen im Zusammenhang mit erhöhtem Erschöpfungserleben. Demgegenüber werden Ressourcen wie soziale Unterstützung, Autonomie und Wertschätzung als entlastend beschrieben. Hinsichtlich der Anwendung von ylah® zeigt sich eine überwiegend positive Einstellung: Die Mehrheit der Teilnehmenden erkennt den Mehrwert einer digitalen Begleitung, insbesondere in Kombination mit persönlicher Beratung. Expert:innen betonen das Potenzial von Blended-Angeboten, insbesondere in Bezug auf einen niederschweligen Zugang, individuelle Anpassbarkeit und die Möglichkeit zur frühzeitigen Intervention im betrieblichen Kontext. Gleichzeitig weisen sie auf zentrale Herausforderungen hin, etwa die fehlende Verankerung von Prävention in strategischen Unternehmenszielen, personelle Ressourcen zur Begleitung digitaler Angebote sowie Unsicherheiten hinsichtlich Datenschutz, Finanzierung und Akzeptanz durch Mitarbeitende. Die Integration der digitalen Tools erfordert aus Sicht der Fachpersonen klare Zuständigkeiten und eine organisationsspezifische Anpassung. Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zur zielgruppenspezifischen Weiterentwicklung digitaler Präventionsangebote und zur Verankerung von Sekundärprävention im organisationalen Kontext.

Schlagwörter: Blended Therapy, Burnout, Digitale Sekundärprävention, Job-Demands-Resources-Modell, Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Abstract

The growing exhaustion of employees increases the risk of burnout in the workplace. This study explores digital secondary prevention options for individuals at risk of burnout in collaboration with ylah®. The aim was to capture experiences of strain, analyze sources of support, and examine the integration of burnout prevention into a blended setting in secondary prevention within organizations. The theoretical foundation is the Job Demands-Resources Model and the Vulnerability-Stress Model. The Data was collected through a quantitative online survey (N = 119) and six qualitative interviews with experts from large organizations. Results show that individuals experiencing high levels of exhaustion in their private lives perceive partners and colleagues at the workplace as important sources of support. Frequently mentioned demands include high workload, time pressure, and emotional demands, which are linked to greater exhaustion. In contrast, resources such as social support, autonomy, and appreciation are perceived as relieving. Attitudes toward using ylah® are mostly positive. Participants recognize the value of digital support, especially when combined with personal counseling. Experts highlight the potential of blended formats, particularly in terms of low-threshold access, individual adaptability, and early workplace intervention. However, they also identify challenges such as the lack of integration into strategic company goals, limited personnel to support digital tools, and concerns around data protection, funding, and employee acceptance. Experts emphasize the need for clear responsibilities and organization-specific adaptations for successful implementation. This study contributes to the targeted development of digital prevention tools and supports the institutionalization of secondary prevention in organizational contexts.

Key words: Blended therapy, burnout, digital secondary prevention, job demands-resources model, vulnerability-stress model

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Ausgangslage	7
1.2	Praxispartnerin ylah®	8
1.3	Forschungsziel	8
2	Theorie.....	9
2.1	Prävention	9
2.1.1	Die drei Ebenen: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.....	9
2.1.2	Sekundärprävention mit Fokus auf psychischer Gesundheit	11
2.2	Definition und Konzeptionalisierung von Burnout.....	12
2.2.1	Erschöpfung, Burnout und Abgrenzung zu Depression	12
2.2.2	Historische Entwicklung und aktuelle Forschung	13
2.3	Arbeitsbezogene und individuelle Faktoren	14
2.3.1	Arbeitsbezogen: Job-Demands-Resources-Modell.....	14
2.3.2	Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....	16
2.4	Die Bedeutung des Umfelds und Unterstützungssuche	19
2.5	Blended-Therapie.....	21
2.5.1	Ansatzmöglichkeiten und Wirksamkeit.....	21
2.5.2	Angebot ylah®	22
3	Fragestellungen und Hypothesen.....	24
4	Methoden.....	27
4.1	Studiendesign.....	27
4.1.1	Pretest Online-Befragung	27
4.1.2	Pretest Expert:inneninterview.....	28
4.2	Erhebungsinstrumente.....	28
4.2.1	Online-Befragung	29
4.2.2	Expert:inneninterviews.....	36
4.3	Stichprobe: Zielgruppe und Rekrutierung.....	37
4.3.1	Online-Befragung	37
4.3.2	Expert:inneninterviews.....	39
4.4	Datenaufbereitung und -bereinigung	39
4.5	Statistische Analysen	40
5	Ergebnisse	42
5.1	Deskriptive Statistik – Burnout Prävalenz in der Stichprobe.....	42
5.2	Unterstützungswünsche je nach Kontext	44
5.3	Ylah® als digitale Anwendung.....	53

5.4 Organisationale Perspektiven auf Sekundärprävention 59

5.5 Erweiterung von ylah® durch Prävention 62

6 Interpretation und Diskussion 66

6.1 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse 66

6.1.1 Burnout Prävalenz in der Stichprobe..... 66

6.1.2 Unterstützungswünsche je nach Kontext..... 67

6.1.3 Ylah® als digitale Anwendung 71

6.1.4 Organisationale Perspektiven auf Sekundärprävention 75

6.1.5 Erweiterung von ylah® durch Prävention 76

6.2 Stärken der Studie 77

6.3 Limitationen der Studie..... 78

6.4 Zukünftige Forschung..... 79

7 Ableitung von Gestaltungsmassnahmen 81

8 Literaturverzeichnis 84

9 Tabellenverzeichnis 93

10 Abbildungsverzeichnis 94

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Alle Arbeitnehmenden kennen Situationen, in denen sich die Aufgaben stapeln, die Zeit immer knapper wird und der Perfektionismus aufrechterhalten werden soll. Dauern solche Situationen über einen längeren Zeitraum an, besteht die Gefahr des umgangssprachlichen Ausbrennens. Dieses wird in der Fachsprache – übersetzt aus dem Englischen *to burn out* – als Burnout bezeichnet (Burisch, 2014). In Vorträgen, Präsentationen oder auch Schulungen wird Burnout oft mit dem Symbolbild eines ausgebrannten Streichholzes veranschaulicht. Doch wie kann es sein, dass neben den nicht angezündeten Streichhölzern eines vollständig ausgebrannt ist?

Menschen, die von einem Burnout betroffen sind, fühlen sich leer, antriebslos und sind nicht mehr leistungsfähig. Zwar ist Burnout keine offizielle medizinische Diagnose, aber ein in der Schweiz weit verbreitetes Leiden (gfs.bern., 2023). Dies wurde in der Umfrage *Schweiz, wie geht's?* deutlich: 17% der befragten Erwachsenen hatten ein Burnout erlebt und 25% der Erwerbstätigen das Gefühl, aufgrund der Arbeit burnoutgefährdet zu sein (gfs.bern., 2023). In einer systematischen Übersichtsarbeit wird die Prävalenz von klinischem oder schwerem Burnout in der Schweiz auf etwa 4% geschätzt (Al-Gobari, Shoman, Blanc & Guseva Canu, 2022). Die durchschnittliche Prävalenz für allgemeines Burnout und emotionale Erschöpfung liegt bei jeweils 18% (Al-Gobari et al., 2022). Dem jüngsten Job-Stress-Index zufolge fühlten sich 30,3% der Erwerbstätigen im Jahr 2022 emotional erschöpft (Galliker et al., 2022). Damit wurde der höchste Wert seit 2014 erzielt. Emotionale Erschöpfung hat nicht nur individuelle gesundheitliche, sondern auch wirtschaftliche Konsequenzen. Laut dem Job-Stress-Index 2022 entstehen in der Schweizer Wirtschaft aufgrund von arbeitsbedingtem Stress jährlich Produktivitätsverluste in Höhe von rund 6,5 Milliarden Franken. Diese Verluste resultieren aus erhöhtem Absentismus (Fehlzeiten) und Präsentismus (einer verminderten Leistungsfähigkeit trotz Anwesenheit am Arbeitsplatz) (Galliker et al., 2022). In den Studien wird auf die Wichtigkeit von frühzeitigen Interventionen und präventiven Massnahmen hingewiesen, um die Auswirkungen von emotionaler Erschöpfung zu minimieren (Galliker et al., 2022). Dazu gehören die Förderung von Selbstfürsorge, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Unterstützungsangeboten. Organisationen können durch gezielte Programme das Wohlbefinden ihrer Mitarbeitenden stärken und Burnout vorbeugen (Galliker et al., 2022).

Aus der oben beschriebenen Forschung geht hervor, dass sich viele Arbeitnehmer:innen in der Arbeitswelt auf dem Weg zur emotionalen Erschöpfung befinden, aber noch genügend eigene Ressourcen und Energie aufbringen können, um selbst aktiv zu werden und sich um ihre Belange zu kümmern. Genau diese spezifische Zielgruppe soll in der vorliegenden Arbeit näher betrachtet werden: Erwerbstätige, die noch selbstständig Ressourcen aufwenden können. Der Fokus liegt dabei nicht allein auf dem Individuum, sondern es wird betrachtet, welche Unterstützung aus dem Umfeld – genauer aus dem privaten, beruflichen und professionellen Bereich – von betroffenen Personen gewünscht und beigezogen werden kann. Ein möglicher Unterstützungsansatz aus Sicht der Arbeitnehmer:innen könnte die Inanspruchnahme digitaler Angebote sein. In der vorliegenden Arbeit wird in Zusammenarbeit mit der Praxispartnerin ylah® insbesondere ein Blick auf digitale Interventionen im Bereich der Blended-Therapie geworfen.

1.2 Praxispartnerin ylah®

ylah® ist eine digitale Plattform für Blended-Psychotherapie, die persönliche Therapie mit Online-Aktivitäten kombiniert, um den therapeutischen Prozess zu optimieren. Sie begleitet sämtliche Phasen der Behandlung – vor Beginn der Therapie, zwischen den Sitzungen sowie nach deren Abschluss – und unterstützt Fachpersonen in Kliniken und Praxen bei der effizienten Planung von Behandlungen, der effektiven Umsetzung von Interventionen und der zuverlässigen Überwachung von Fortschritten („ylah“, 2024). Im Rahmen dieser Arbeit wird das Angebot von ylah® auf eine neue Zielgruppe ausgerichtet: Erwerbstätige, die erschöpft sind oder ein Burnout riskieren, aber weiterhin arbeiten und nicht zwingend eine Psychotherapie benötigen.

1.3 Forschungsziel

Ziel der Arbeit ist es, die Bedürfnisse der definierten Zielgruppe systematisch zu erfassen und das bestehende Angebot der Blended-Therapie in der Sekundärprävention eingehend zu analysieren. Herausgefunden werden soll dabei, welche Art von Unterstützung sich die Betroffenen im privaten, beruflichen und professionellen Umfeld wünschen. Ein weiteres Ziel besteht darin, das Angebot von ylah® aus der Perspektive verschiedener Organisationen zu betrachten: sowohl solcher, die das digitale Angebot bereits implementiert haben, als auch solcher, die es noch nicht nutzen. Dabei werden auch die Chancen und Herausforderungen berücksichtigt, die sich für die verschiedenen Stakeholder im Zusammenhang mit dem Einsatz der Blended-Therapie in der Sekundärprävention zeigen.

2 Theorie

2.1 Prävention

2.1.1 Die drei Ebenen: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

In der Psychologie werden Präventionsmassnahmen überwiegend in drei Ebenen unterteilt: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (Tiemann & Mohokum, 2021). Der Unterschied zwischen den drei Ebenen ergibt sich aus dem Zeitpunkt und der Zielgruppe der Intervention, um psychische oder physische Gesundheitsprobleme zu verhindern oder bei bereits vorhandenen Anzeichen zu lindern. In der Prävention werden die drei Ebenen als ganzheitliches Konzept verstanden (Tiemann & Mohokum, 2021).

Massnahmen, die zur Vorbeugung von Krankheiten bei gesunden Menschen eingesetzt werden, sind der Primärprävention zuzuordnen. Das bedeutet, dass das gesundheitliche Problem noch nicht eingetreten ist. Das Ziel auf dieser Ebene ist es, Risiken zu reduzieren und Schutzfaktoren zu stärken (Habermann-Horstmeier & Lippke, 2021). Dies kann beispielsweise durch Gesundheitsförderung, Aufklärung und Sensibilisierung sowie durch die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten erreicht werden. Bezogen auf das Thema *Burnout* wären hierfür unter anderem Stressmanagement-Trainings für alle Mitarbeitenden, Kampagnen zur Förderung von Resilienz sowie Sensibilisierungsmassnahmen durch Aufmerksamkeit und Wissensvermittlung denkbar (Leppin, 2007). Damit wird deutlich, dass sich primärpräventive Massnahmen an die Allgemeinbevölkerung oder grosse Zielgruppen wie Erwerbstätige und Jugendliche richten. In der vorliegenden Arbeit ist es wichtig, zu betonen, dass Primärprävention nur möglich ist, wenn gesundheitsschädliche Arbeitsanforderungen berücksichtigt und allenfalls notwendige Massnahmen eingeleitet werden – etwa die Minimierung von Zeitdruck, die Bereitstellung von Ressourcen oder die Gewährung von mehr Autonomie für die Mitarbeitenden (Leppin, 2007). Individuell ausgerichtete Ansätze sind laut Lamontagne et al. (2007) auf persönlicher Ebene wirksam, haben aber keine positiven Auswirkungen auf die organisationale Ebene. Hingegen sind organisationsorientierte Ansätze sowohl auf individueller als auch organisationaler Ebene effektiv (Lamontagne et al., 2007).

Massnahmen in der Sekundärprävention konzentrieren sich auf die Früherkennung und -intervention, um bei ersten Anzeichen oder einem erhöhten Risiko das Fortschreiten einer Erkrankung zu verhindern. Dies bedeutet, dass das Problem bereits vorhanden ist, sich die Schwere seiner Auswirkungen aber noch in Grenzen hält (Habermann-Horstmeier & Lippke,

2021). Im Vergleich zur Primärprävention sind die Massnahmen in der Sekundärprävention auf gefährdete Personen oder Risikogruppen ausgerichtet. Das Ziel besteht darin, zu verhindern, dass sich aus ersten Symptomen eine chronische Erkrankung entwickelt. In Bezug auf Burnout wäre dies beispielsweise durch das Erkennen erster Symptome wie anhaltender Erschöpfung oder Schlafprobleme und die frühzeitige Intervention, etwa durch Beratung oder Kurzinterventionen, zu erreichen. Der Schwerpunkt kann dabei auf individuellen oder organisatorischen Interventionen liegen.

Massnahmen der Tertiärprävention zielen darauf ab, bei bereits bestehenden Erkrankungen oder Störungen Folgeschäden, Chronifizierung oder Rückfälle zu verhindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (Habermann-Horstmeier & Lippke, 2021). Im Anwendungsfall eines Burnouts wären dies beispielsweise Rückfallprophylaxen oder Unterstützungsprogramme am Arbeitsplatz, um nach einem überstandenen Burnout wieder stabil zu werden und einer erneuten Verschlechterung der Erkrankung entgegenzuwirken (Ahola, Toppinen-Tanner & Seppänen, 2017).

In der Praxis können einzelne Massnahmen auch auf mehreren Ebenen angesiedelt sein. Ein geeignetes Beispiel hierfür sind körperliche Aktivitäten, die nicht nur bei bereits bestehenden Erkrankungen helfen können, Komplikationen zu vermeiden (tertiär), sondern gleichzeitig das Risiko für weitere Erkrankungen senken (sekundär) und präventiv wirken (primär) (Gabriel & Nicham, 2012).

In der vorliegenden Arbeit wird der Sekundärprävention besondere Beachtung geschenkt, da es sich bei der zu erforschenden Personengruppe um Erwerbstätige handelt, die bereits Anzeichen von Erschöpfung zeigen, aber noch am Arbeitsalltag teilhaben und eigene Ressourcen zur Bewältigung ihrer aktuellen Situation aufbringen können. Teilweise werden Bereiche der Tertiärprävention berührt, beispielsweise bei der Rückfallprophylaxe, für die das in dieser Arbeit betrachtete digitale Angebot von ylah® eingesetzt werden kann. Diese Einordnung verdeutlicht die ganzheitliche Betrachtung der drei Ebenen als Gesamtkonzept. Auch wenn die meiste Aufmerksamkeit, wie in der vorliegenden Arbeit, der Sekundärprävention gilt, wird gleichzeitig auch die Primärprävention angesprochen. Durch den Einsatz einer digitalen Anwendung im Arbeitskontext werden beispielsweise alle Mitarbeitenden der Organisation – unabhängig von ihrem Gesundheitszustand – sensibilisiert und es wird ein Bewusstsein geschaffen. Gleichzeitig kann eine direkte Umsetzung in der Sekundärprävention erfolgen und bei bereits erkrankten Personen, die in den Arbeitsalltag zurückkehren, eine Wiedereingliederung unterstützt werden.

2.1.2 Sekundärprävention mit Fokus auf psychischer Gesundheit

In der Schweizer Gesundheitsvorsorge hat die Sekundärprävention einen hohen Stellenwert (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2021). Epidemiologische Erkenntnisse zeigen, dass viele chronische Erkrankungen und psychische Störungen erfolgreicher bewältigt werden können, wenn sie frühzeitig erkannt und behandelt werden (Interpharma, 2024). Frühzeitige Interventionen können einerseits das Leiden der Betroffenen reduzieren und andererseits die wirtschaftlichen Folgekosten für das Gesundheitssystem senken. Eine Untersuchung des Verbands der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz ergab, dass sich ein beträchtlicher Teil der heutigen Krankheitskosten durch gezielte Prävention und Früherkennung verringern könnte (Interpharma, 2024). In der Schweiz wurden in den letzten Jahren mehrere nationale Gesundheitsstrategien entwickelt, die mehrheitlich auf der Ebene der Primär- und Sekundärprävention einzuordnen sind (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2021).

Viele Massnahmen zur Burnout-Prävention finden am Arbeitsplatz statt, da die Stressoren dort unmittelbar auftreten (Galliker et al., 2022). Wichtige Ansätze sind beispielsweise Aufklärungskampagnen zur Sensibilisierung für Stress am Arbeitsplatz wie die Online-Plattform *stressnostress.ch*, die von der SECO, der SUVA und dem Psychologenverband FSP lanciert wurde und Informationen für Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen bereithält. In grösseren Organisationen sind oftmals Fachpersonen aus dem Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) vorzufinden, die sich unter anderem um die Früherkennung, Überlastung sowie psychische Gesundheit kümmern. Sie greifen beispielsweise auf regelmässige Mitarbeitendenbefragungen oder Mittel zum Stressmonitoring – wie dem Job-Stress-Index (2022) von der Gesundheitsförderung Schweiz – zurück, um hohe Belastungen frühzeitig zu erkennen. Ein weiterer Aspekt ist die Schulung von Führungskräften, um diese für Warnsignale wie gehäufte Absenzen, Leistungseinbrüche oder Verhaltensänderungen bei Mitarbeitenden zu sensibilisieren (Pischel, Felfe & Krick, 2023).

Im Zuge der technologischen Entwicklung gewinnen digitale Gesundheitsangebote in der Sekundärprävention zunehmend an Bedeutung – zum Teil in Kombination mit traditioneller Therapie (Baumeister, Grässle, Ebert & Krämer, 2018). Dieser Ansatz wird als *Blended Care* oder *Blended-Therapie* bezeichnet und in Kapitel 2.5 genauer erläutert.

2.2 Definition und Konzeptionalisierung von Burnout

2.2.1 Erschöpfung, Burnout und Abgrenzung zu Depression

In der Stress- und Gesundheitspsychologie wird Erschöpfung als Zustand tiefgreifender körperlicher und mentaler Müdigkeit infolge anhaltender Belastungen bezeichnet (Matti, Mauczok & Specht, 2022). Erschöpfung kann als Steigerung von Fatigue, einer länger anhaltenden, chronischen Form von Müdigkeit, die auch durch Schlaf nicht ausreichend verschwindet, angesehen werden (Matti et al., 2022). Dabei ist Erschöpfung als maladaptiver Endzustand zu verstehen, bei dem die Kraftreserven dauerhaft aufgebraucht sind und selbst lange Erholungsphasen oft keine vollständige Genesung mehr bewirken (Matti et al., 2022). Burnout wird häufig mit Erschöpfung in Verbindung gebracht, geht jedoch darüber hinaus. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Burnout als berufliches Phänomen anerkannt und als Syndrom definiert (Demerouti, 2024).

Wenn zwischen den Stressreaktionen keine vollständige Erholung stattfindet, können diese chronisch werden und die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinträchtigen (Zapf & Semmer, 2004). Emotionale Erschöpfung beinhaltet das Gefühl der Überanspruchung, des Energieverlustes und des Ausgelaugtseins. Sie kann die Folge eines chronischen Ungleichgewichts zwischen arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen sein (Galliker et al., 2022). Personen, die mehr Belastungen als Ressourcen haben, berichten signifikant häufiger von emotionaler Erschöpfung, was ihre Leistungsfähigkeit mindern kann (Galliker et al., 2022).

Ein Burnout umfasst neben der (emotionalen) Erschöpfung als zentralem Merkmal auch eine negative Haltung gegenüber der Arbeit bzw. anderen Menschen (Depersonalisation oder Zynismus) sowie ein ineffizientes Leistungsverhalten. Dadurch grenzt es sich von allgemeiner Erschöpfung oder einer Depression ab (Demerouti, 2024). Erschöpfung lässt sich als ein Gefühl völliger Energieauszehrung zusammenfassen, während sich Burnout als ein umfassender Zustand definiert, in dem anhaltende Erschöpfung mit innerer Distanzierung und einem Leistungsabfall am Arbeitsplatz einhergeht (Matti et al., 2022). In der Praxis ist die Abgrenzung durch die Überlappung mit anderen Zuständen wie chronischer Fatigue, Angst oder Depressionen erschwert (Demerouti, 2024). Einerseits wird in der Forschung auf eine enge Verbindung zwischen Burnout und Depression hingewiesen, da ein Burnout häufig mit depressiven Symptomen einhergeht (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015; Bianchi, Wac, Sowden & Schonfeld, 2022). Andererseits ergaben einige

Studien zwar eine hohe Korrelation ($r \approx 0,52$) zwischen Burnout und Depressivität, jedoch keine vollständige Überlappung (Koutsimani, Montgomery & Georganta, 2019). In ihrer systematischen Studie gelangten Koutsimani et al. (2019) zu dem Schluss, dass Burnout als arbeitsplatzgebundenes Stresssyndrom und Depression als psychische Störung mit vielfältigeren Auslösern verstanden werden kann.

In der aktuellen internationalen Klassifikation ICD-11 wurde der Begriff Burnout aktualisiert und genauer definiert. Wie in der vorherigen ICD-10 ist Burnout im Kapitel der gesundheitsbeeinflussenden Faktoren eingeordnet. Trotz einer detaillierten Beschreibung stellt es auch in der ICD-11 keine eigenständige Krankheit dar, sondern wird als zusätzlicher diagnostischer Faktor betrachtet (Nadon, De Beer & Morin, 2022). Es wird jedoch explizit als berufliches Phänomen beschrieben, das aus chronischem, nicht erfolgreich bewältigtem Arbeitsstress resultiert. Der Definition in der ICD-11 zufolge hat Burnout drei zentrale Merkmale: 1. ein überwältigendes Gefühl der energetischen Erschöpfung oder des Ausgebranntseins, 2. eine zunehmende mentale Distanz oder einen Zynismus gegenüber der eigenen Arbeit und 3. eine verminderte Leistungsfähigkeit in Form eines starken Gefühls der reduzierten beruflichen Effizienz oder Leistungsminderung. Diese Kriterien beruhen auf dem etablierten Konzept von Maslach (1981). Die Definition nach ICD-11 bezieht sich ausschliesslich auf den Arbeitskontext, sodass Erschöpfungserfahrungen in anderen Lebensbereichen unberücksichtigt bleiben.

2.2.2 Historische Entwicklung und aktuelle Forschung

In den 1970er-Jahren gewannen die emotionale Erschöpfung und Überforderung, die vor allem in sozialen Berufen auftraten, zunehmend gesellschaftliche Aufmerksamkeit. In diesem Zusammenhang begann auch die Burnout-Forschung. Einer der ersten Forschenden, die den Begriff wissenschaftlich verwendeten, war Freudenberg (1974). Er konzentrierte sich auf ehrenamtliche Mitarbeitende einer psychiatrischen Klinik, die im Laufe der Zeit ihre Energie, Motivation und Leistungsfähigkeit verloren. Parallel dazu begannen Maslach und Jackson (1981) mit systemischen Studien zur emotionalen Erschöpfung von Menschen in helfenden Berufen wie Pflege, Sozialarbeit oder Psychotherapie. Maslach entwickelte das *Maslach Burnout Inventory*, ein bis heute weit verbreitetes Messinstrument zur empirischen Erfassung von Burnout (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaufeli, 2017; Schonfeld, Verkuilen & Bianchi, 2019). Wichtig bei Maslach ist, dass Burnout nicht nur als individuelles Problem, sondern auch als Reaktion auf Arbeitsbedingungen und

organisatorische Faktoren verstanden wird (Maslach & Jackson, 1981). In den 1980er- und 1990er-Jahren wurde Burnout verstärkt arbeitspsychologisch erforscht. In dieser Zeit fand auch eine zunehmende Abgrenzung zur Depression statt, die insofern nötig war, als sich die Symptomatik teilweise überschneidet. In der aktuellen Forschung wird Burnout als Folge chronischer beruflicher Stressoren betrachtet. Dabei kommt den organisationalen Stressoren und arbeitsbezogenen Ursachen eine zentrale Bedeutung zu (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022; Willems, Monten & Portzky, 2018).

2.3 Arbeitsbezogene und individuelle Faktoren

2.3.1 Arbeitsbezogen: Job-Demands-Resources-Modell

Das Job-Demands-Resources(JD-R)-Modell ist eines der etabliertesten arbeitspsychologischen Rahmenmodelle zur Erklärung, wie Arbeitsanforderungen (Job Demands) und Arbeitsressourcen (Job Resources) die Gesundheit und Motivation von Mitarbeitenden beeinflussen (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001). Es wurde ursprünglich entwickelt, um die Entstehung von Burnout zu erklären, und im Laufe der Jahre um positive Aspekte wie das Arbeitsengagement erweitert (Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2023). Die Hauptannahme des JD-R-Modells ist, dass jede Arbeitssituation belastende Anforderungen (Job Demands) sowie schützende Ressourcen (Job Resources) umfasst. Ein Ungleichgewicht zwischen Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen kann zu Stress oder Motivationsverlust führen (Demerouti et al., 2001).

Unter Arbeitsanforderungen werden alle Aspekte der Arbeit verstanden, die eine anhaltende Anstrengung erfordern und mit physiologischen oder psychologischen Beschwerden einhergehen. Aus den Studien von Willems et al. (2018) und Edú-Valsania et al. (2022) gingen übermäßige Arbeitsanforderungen wie ein hohes Arbeitspensum, Zeitdruck und lange Arbeitszeiten, hohe emotionale Anforderungen, geringe Autonomie und Kontrolle, Rollenstress (beispielsweise Rollenunklarheiten und -konflikte am Arbeitsplatz), ein ungünstiges Führungs- und Betriebsklima sowie eine unausgeglichene Work-Life-Balance als zentrale arbeitsbezogene Risikofaktoren hervor. Diese stehen in Zusammenhang mit erhöhter Erschöpfung (Bakker & Demerouti, 2007). Bleiben die Arbeitsanforderungen über eine längere Zeit bestehen und werden sie als zu hoch erlebt, zehren sie an den Ressourcen der Mitarbeitenden und können zu Erschöpfung und Stresssymptomen führen. Dies spiegelt den ersten zentralen Mechanismus des JD-R-Modells wider – den gesundheitsschädigenden Prozess (Bakker & Demerouti, 2007).

Der zweite zentrale Prozess ist derjenige motivationaler Art. Hierbei fördern hohe Arbeitsressourcen die Arbeitsmotivation, was zu einem höherem Arbeitsengagement, weniger Resignation (weniger Zynismus) und besseren Arbeitsergebnissen führen kann (Bakker & Demerouti, 2007). Zu den Arbeitsressourcen zählen physische, soziale oder organisationale Aspekte der Arbeit, die dazu dienen, Arbeitsziele zu erreichen und Arbeitsanforderungen oder physiologische und psychologische Beschwerden zu verringern. Arbeitsressourcen können zudem dem persönlichen Wachstum, dem Lernen und der Entwicklung zugutekommen (Bakker & Demerouti, 2007). Beispielhafte Ressourcen sind Unterstützung durch Führungspersonen und Arbeitskolleg:innen, Handlungsspielraum und Autonomie, Feedback und Anerkennung, Entwicklungsmöglichkeiten oder auch eine gerechte Entlohnung. In zahlreichen Studien liess sich zeigen, dass die wahrgenommene Unterstützung durch Führungspersonen, Kolleg:innen oder das private Umfeld die destruktiven Auswirkungen von Arbeitsstress deutlich abmildern kann. Umgekehrt erhöht ein Mangel an Unterstützung, insbesondere bei gleichzeitig hohen Arbeitsanforderungen, das Burnout-Risiko signifikant (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009; Schwarzer & Knoll, 2007).

Ein entscheidendes Merkmal der beiden beschriebenen Prozesse ist die Wechselwirkung zwischen Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen. Arbeitsressourcen können den schädlichen Einfluss von Arbeitsanforderungen auf die Gesundheit schwächen – im JD-R-Modell auch als *Puffer-Effekt* bekannt. Sie zeigt, dass sich Stress und Motivation in einem ganzheitlichen Zusammenspiel erklären lassen (Bakker & Demerouti, 2007). Das bedeutet, dass Arbeitsressourcen die Wirkung von Arbeitsanforderungen puffern, indem sie dabei helfen, besser mit den Anforderungen umzugehen. Es zeigt sich beispielsweise, dass ausreichend soziale Unterstützung und Entscheidungsspielraum bei hoher Arbeitsbelastung die Entstehung von Burnout deutlich abschwächen können (Galanakis & Tsitouri, 2022).

Im Zuge der Weiterentwicklung des JD-R-Modells in den letzten Jahren wurde vermehrt ein Ansatz betrachtet, der interindividuelle Unterschiede wie die Persönlichkeit oder persönliche Ressourcen, etwa Selbstwirksamkeit oder Resilienz, mit einbezieht (Bakker et al., 2023). Dabei werden auch mehrere Ebenen einbezogen: Team- und Organisationseinflüsse wie die Unternehmenskultur oder das Verhalten von Führungspersonen auf Teamebene können als übergeordnete Anforderungen oder Ressourcen verstanden werden (Bakker et al., 2023). Zudem finden vermehrt proaktive Ansätze, wie das Konzept des Job Crafting, Einzug in das Modell, bei dem Mitarbeitende ihre Arbeitstätigkeit mitgestalten, um Arbeitsanforderungen zu verringern und

Arbeitsressourcen zu erhöhen. Des Weiteren wird das Phänomen des Self-Undermining diskutiert. Dabei schaffen stark belastete Mitarbeitende durch ineffektives Verhalten unabsichtlich zusätzliche Stressoren, beispielsweise Fehler oder Konflikte (Bakker et al., 2023). Dies kann einen Teufelskreis auslösen. Eine zusätzliche Erweiterung des Modells sieht vor, das Zusammenspiel von Arbeit- und Privatleben gleichermaßen zu beachten, da auch Anforderungen und Ressourcen ausserhalb der Arbeit die Erholung und die Arbeitsfähigkeit beeinflussen können.

2.3.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Nach dieser Betrachtung von Burnout als arbeitsbedingter Erschöpfung, die durch ein chronisches Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen entsteht, wird im Folgenden das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (VSM) vorgestellt. Dieses Modell wird auch Diathese-Stress-Modell genannt und zeigt die Wechselwirkung von individuellen Anfälligkeiten (Vulnerabilitäten) und äusseren Belastungen (Stressoren) auf. In Bezug auf Burnout stellt sich beispielsweise die Frage, warum einige Erwerbstätige in derselben Situation und unter denselben Arbeitsbedingungen ein solches entwickeln, während andere resilient bleiben (Listopad, Michaelsen, Werdecker & Esch, 2021).

Die Grundannahme lautet, dass psychische Störungen nicht durch eine einzelne Ursache, sondern durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren entstehen (Listopad et al., 2021). Das Modell integriert interindividuelle Unterschiede in der Vulnerabilität für psychische Erkrankungen mit situativen Belastungen. Vulnerabilität beschreibt dabei eine erhöhte Empfindlichkeit oder Anfälligkeit für psychische Störungen (Listopad et al., 2021). Sie kann genetisch bedingt sein, auf neurobiologischen Besonderheiten beruhen oder aus früheren Beziehungserfahrungen und Lerngeschichten resultieren. Sie allein führt nicht zwangsläufig zu einer psychischen Störung, erhöht aber die Wahrscheinlichkeit, unter bestimmten Bedingungen psychisch zu erkranken. Beispiele hierfür sind familiäre Vorbelastungen wie genetische Dispositionen für Depressionen, dysfunktionale Kognitionen oder Emotionsregulation oder auch geringe Resilienz. Stressoren sind akute oder chronische Belastungen, die psychischen Druck erzeugen können (Listopad et al., 2021). Dazu zählen kritische Lebensereignisse wie Trennung oder Arbeitsplatzverlust ebenso wie Alltagsstress oder zwischenmenschliche Konflikte. Entscheidend ist, dass ein und derselbe Stressor je nach Vulnerabilität unterschiedliche Auswirkungen auf das Stresserleben und die Gesundheit haben kann. Eine Person mit hoher

Vulnerabilität benötigt vergleichsweise geringere Stressoren, um Symptome zu entwickeln. Umgekehrt kann eine Person mit geringer Vulnerabilität auch unter hohem Stress psychisch stabil bleiben. Entscheidend ist die Kombination beider Faktoren. In der Forschung ist häufig das um Schutzfaktoren erweiterte Modell zu finden. Beispielhafte Schutzfaktoren sind soziale Unterstützung oder Bewältigungskompetenzen. Diese können die Auswirkungen von Stress abpuffern oder die Ausprägung der Vulnerabilität abschwächen.

In der Burnout-Forschung hat das VMS durch die integrative Betrachtung psychologischer, biologischer und sozialer Risikofaktoren an Bedeutung gewonnen. Dabei können Ansatzpunkte für Prävention und Intervention betrachtet werden. Auch wenn Burnout von der WHO als arbeitsplatzbezogenes Phänomen eingestuft wird, können situative Stressoren die individuelle Verletzlichkeit massgeblich beeinflussen und darüber entscheiden, ob ein Burnout eintritt. In erster Linie wird davon ausgegangen, dass Burnout die Folge ungünstiger Arbeitsbedingungen und nicht persönlicher Schwächen ist. Die individuellen Faktoren können jedoch den Verlauf von Burnout modulieren (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022). Neben den Arbeitsplatzfaktoren können demnach persönliche Merkmale die Entstehung von Burnout zusätzlich beeinflussen.

Zu den psychologischen Vulnerabilitätsfaktoren zählen bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsstrategien. Insbesondere Persönlichkeitstypen mit ausgeprägtem Neurotizismus, der mit emotionaler Labilität, Sorgen, negativer Affektivität, Vermeidung von Problemlösungen oder starkem Perfektionsstreben einhergeht, korrelieren mit höheren Burnout-Werten (Edú-Valsania et al., 2022; Hill & Curran, 2016). Eine Meta-Analyse von Angelini (2023) zeigte, dass Dimensionen des Big Five wie Gewissenhaftigkeit, Extraversion, Verträglichkeit und Offenheit hingegen negativ mit Burnout korrelieren, während Eigenschaften wie Optimismus, emotionale Stabilität oder effektive Stressbewältigung eine schützende Wirkung haben können (Edú-Valsania et al., 2022). In einer systematischen Übersichtsarbeit kamen Rossi et al. (2023) zu dem Ergebnis, dass ungünstige Coping-Strategien wie Vermeidung, Verdrängung oder das passive Aushalten von Stress mit einem höheren Ausmass an Burnout assoziiert sind. Demgegenüber korrelieren problemorientierte Bewältigungsstrategien wie proaktive Lösungssuche, Zeitmanagement und konstruktive Kommunikation von Problemen mit geringeren Burnout-Symptomen (Rossi et al., 2023). In weiteren Studien wird Resilienz als einer der wichtigsten individuellen Schutzfaktoren genannt (Enav, Iron, Kivenson Bar-On & Scharf, 2024; Shahwan et al., 2024). Resiliente Personen können die Auswirkungen von

chronischem Stress besser puffern und entwickeln deutlich seltener Burnout-Symptome. Wie in Studien ermittelt wurde, geht ein geringeres Mass an Resilienz mit einem höheren Burnout-Risiko und mehr Erschöpfung einher (Nahas et al., 2024). Eine gering ausgeprägte Resilienz kann dazu führen, dass Betroffene Stress schlechter kompensieren können, wodurch sie anfälliger für Burnout werden. Zusammenfassend lässt sich aus den Studien ableiten, dass unterschiedliche Schutzfaktoren – wie Resilienz, Optimismus oder positive Coping-Strategien sowie organisationale Unterstützung in Interventionen – als vielversprechende Ansätze herangezogen werden können, um die individuelle Burnout-Anfälligkeit zu reduzieren (Enav et al., 2024; Shahwan et al., 2024).

Auch biologische Faktoren können die individuelle Anfälligkeit für Burnout beeinflussen. Insbesondere genetische Dispositionen im Bereich der Stressverarbeitung und Affektregulation gelten als moderater Risikofaktor. Zwillingsstudien zeigen eine mittlere Erbllichkeit von etwa 30–35% für burnoutrelevante Symptome (Blom, Bergström, Hallsten, Bodin & Svedberg, 2012). Ausschlaggebend ist auch die Stressregulation über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)-Achse: Eine chronische Über- oder Unteraktivität dieses Systems kann zu Erschöpfung und eingeschränkter Erholungsfähigkeit beitragen (Kudielka & Wüst, 2010). In neueren Forschungen wird auch der Einflussgrad von niedriggradigen Entzündungsprozessen (Neuroinflammationen) diskutiert, die durch anhaltenden Stress ausgelöst werden können und mit burnouttypischen Symptomen wie Müdigkeit und kognitiven Einbussen in Verbindung gebracht werden (Slavich & Irwin, 2014). Auch wenn diese Zusammenhänge noch nicht abschliessend erklärt sind, zeigen sie doch, dass biologische Faktoren im Zusammenspiel mit psychischen und sozialen Einflüssen das Burnout-Risiko mitbestimmen können.

Neben individuellen Dispositionen sind soziale und arbeitsbezogene Faktoren für die Entstehung eines Burnouts entscheidend. Im VSM wird berücksichtigt, dass ungünstige Umweltbedingungen die Stressanfälligkeit einer Person erhöhen können. In den obigen Ausführungen zum beruflichen Bereich wurde unter Heranziehung des JD-R-Modells bereits auf zentrale Risikofaktoren eingegangen. Ein weiterer wichtiger Faktor sind Rollenkonflikte, vor allem in Form von Arbeit-Familie-Konflikten. Die gleichzeitige Bewältigung widersprüchlicher Anforderungen, z. B. Erwartungen am Arbeitsplatz und familiärer Verpflichtungen, stellt einen potenziell erheblichen chronischen Stressor dar. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass diese Art von Konflikten mit erhöhten

Burnout-Raten zu assoziieren ist (Allen, Herst, Bruck & Sutton, 2000; Yildirim & Aycan, 2008).

2.4 Die Bedeutung des Umfelds und Unterstützungssuche

Auch wenn die Hauptbetrachtung auf dem beruflichen Umfeld liegt, spielen andere Lebensbereiche bei der Entstehung eines Burnouts ebenfalls eine Rolle. Oft treten hohe Anforderungen im beruflichen und privaten Bereich gleichzeitig auf und beeinflussen sich gegenseitig. Das Umfeld einer Person – sei es im Privatleben, am Arbeitsplatz oder im professionellen Unterstützungssystem – kann das Risiko für Burnout erhöhen oder verringern.

Belastungen in einem Lebensbereich, ob nun privat oder beruflich, können leicht auf den jeweils anderen übergreifen. Dieser Effekt ist auch als Spillover-Effekt bekannt. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Wechselwirkung zwischen Arbeit und Familie: Wenn eine Person bei der Arbeit völlig erschöpft ist, fehlen ihr zu Hause oft die Energie und Geduld für die Familie. Die Folge können Konflikte oder Rückzug im Privatleben sein, was wiederum die emotionale Erholung weiter beeinträchtigt. Untersuchungen haben ergeben, dass Konflikte zwischen beruflichen und familiären Anforderungen signifikant mit Burnout zusammenhängen (Ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Insbesondere die belastende Erfahrung, Anforderungen aus beiden Bereichen nicht in Einklang bringen zu können, erhöht laut Ten Brummelhuis und Bakker (2012) Erschöpfung und Unzufriedenheit. Laut dem Work-Home-Resources-Modell von Ten Brummelhuis und Bakker (2012) benötigt jeder Lebensbereich dieselben drei Ressourcen: Zeit, Energie und Aufmerksamkeit. Sind diese in einem Bereich, beispielsweise der Arbeit, aufgebraucht, stehen in den anderen Bereichen weniger Ressourcen zur Verfügung, um die dortigen Anforderungen zu bewältigen. In der Folge sinken Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. So kann ein Teufelskreis entstehen, in dem sich die Belastungen gegenseitig verstärken (Ten Brummelhuis & Bakker, 2012).

Ebenso gibt es positive Wechselwirkungen, wenn Erfahrungen und Ressourcen aus dem einen Umfeld das andere bereichern. Hier wird auch von Work-Family-Facilitation gesprochen (Carvalho, Mónico, Pinto, Oliveira & Leite, 2024). So können beispielsweise Fähigkeiten oder Erfolgserlebnisse im Beruf das Selbstwertgefühl stärken und für eine angenehme Stimmung zu Hause sorgen. Umgekehrt kann die Unterstützung durch die Familie die Arbeitsleistung fördern. Unter Work-Family-Facilitation werden die

gewinnbringenden Effekte einer Integration der verschiedenen Rollen verstanden (Carvalho et al., 2024). Dieser vorteilhafte Spillover zeigt sich beispielsweise in der Unterstützung durch verständnisvolle Lebenspartner:innen nach einem sehr anstrengenden Arbeitstag. Dadurch ist für die Betroffenen genügend Erholung möglich, sodass sie am nächsten Tag wieder erholt und motiviert zur Arbeit gehen können.

In der Forschung zur Unterstützungssuche bei Erschöpfung zeigt sich, dass Betroffene zunächst informelle Ansprechpersonen aus ihrem privaten Umfeld, wie Lebenspartner:innen, Familienmitglieder oder Freund:innen, aufsuchen und erst zu einem späteren Zeitpunkt formelle Angebote aus ihrem Arbeitsumfeld wie die Unterstützung durch Führungspersonen oder Kolleg:innen in Anspruch nehmen (Bailey et al., 2023; Hildesheim, 2022; Putnik, De Jong & Verdonk, 2011). Externe Fachpersonen liegen in der Präferenz im mittleren Bereich. In einer qualitativen Studie gaben Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen mit Burnout-Symptomen Indizien an, dass sie erst bei medizinischen Symptomen und einem gesundheitlichen Zusammenbruch, d. h. zu einem sehr späten Zeitpunkt, nachdem sie die Problematik lange hinausgezögert hatten, medizinische Hilfe in Anspruch nahmen und das Gespräch mit der Führungsperson suchten (Putnik et al., 2011). In dieser Untersuchung wurde der Unterstützungsbedarf im persönlichen Umfeld jedoch nicht explizit genannt. In einer quantitativen Befragung von Assistenzärzt:innen unter moralischem Stress ($N = 107$) wurden Kolleg:innen zur mit Abstand wichtigsten Unterstützung gewählt (90%) (Hildesheim, 2022). An zweiter Stelle wurden Freund:innen und Familie genannt (76%) und nur 36% gaben an, Unterstützung von Führungspersonen aufzusuchen. Institutionelle Angebote wie Supervision wurden kaum genutzt (weniger als 2%) (Hildesheim, 2022). Eine weitere Studie von Bailey et al. (2023), die während der COVID-19-Pandemie unter britischen Vollzeitbeschäftigten durchgeführt wurde, ergab, dass die Bereitschaft vorlag, im Fall psychischer Belastungen bei 15 verschiedenen Quellen Unterstützung zu suchen. Am höchsten bewertet wurden Lebenspartner:innen (80%) und Freund:innen (72%) sowie Hausärzt:innen (64%). Fast genauso viele Stimmen erhielten auch Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen (58%). Unterstützung aus dem Arbeitsumfeld, wie von Arbeitskolleg:innen (45%) oder Führungspersonen (31%), wurde dagegen als weniger relevant eingestuft (Bailey et al., 2023).

2.5 Blended-Therapie

2.5.1 Ansatzmöglichkeiten und Wirksamkeit

Als Blended-Therapie wird die Kombination aus klassischer Psychotherapie und digitalen Interventionen bezeichnet (Bielinski, Trimpop & Berger, 2021). Das bedeutet, dass Patient:innen zwischen regelmässigen Face-to-Face-Sitzungen mit Therapeut:innen eigenständig Online-Module oder -Übungen absolvieren. Die digitalen Komponenten orientieren sich dabei mehrheitlich an der kognitiven Verhaltenstherapie (Bielinski et al., 2021). Zur Thematik der Stress- und Burnout-Prävention gibt es mittlerweile wissenschaftlich evaluierte Online-Programme. Ein Beispiel aus Deutschland ist das Programm *HelloBetter Stress und Burnout*, das auf der kognitiven Verhaltenstherapie basiert und in mehreren randomisierten Studien seine Wirksamkeit zur Reduktion von Stress und Erschöpfung unter Beweis gestellt hat (Feiler et al., 2021).

In den letzten Jahren ist die Effektivität von Blended-Therapien im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungsansätzen ausführlicher untersucht worden. Die daraus resultierenden Studien befassten sich insbesondere mit Depressionen und Angststörungen (Berger, Krieger, Sude, Meyer & Maercker, 2018; Mathiasen et al., 2022; Schuster, Topococo, Keller, Radvogin & Laireiter, 2020; Zwerenz et al., 2017). In der Studie von Berger et al. (2018) erhielten Depressionspatient:innen zusätzlich zur Gesprächstherapie einen Zugang zu einem Online-Selbsthilfeprogramm. Nach zwölf Wochen war die Blended-Therapie signifikant wirksamer als die alleinige Face-to-Face-Therapie. Die depressiven Symptome sanken in der Blended-Bedingung stärker (Zusatznutzen $d = 0,51$). Diesen Zusatzeffekt auch bei burnoutähnlichen Problemsituationen anzunehmen, scheint plausibel. Wenn beispielsweise zwischen den Face-to-Face-Sitzungen selbstständig an Stressbewältigung gearbeitet wird, werden tendenziell grössere Symptomreduktionen erzielt. Durch die Verbindung der beiden Ansätze können die Vorteile der Online- und Präsenztherapie den Therapieeffekt intensivieren. Studien im Bereich der ambulanten und stationären Behandlung depressiver Symptome deuteten darauf hin, dass die Blended-Therapie wirksamer sein kann als die Face-to-Face-Therapie allein, da Patient:innen beispielsweise mehr therapeutische Aktivitäten über die Woche verteilt erhalten (Berger et al., 2018; Zwerenz et al., 2017, 2019). Erbe et al. (2017) betonen jedoch, dass noch nicht ermittelt ist, in welchem Zahlen-/Mengenverhältnis die Online- und Face-to-Face-Sitzungen abgewechselt werden sollten. Gleichzeitig fanden Erbe et al. (2017) Hinweise, dass Blended-Ansätze zu niedrigeren Abbruchquoten führen könnten als rein internetbasierte

Selbsthilfeprogramme. Durch die Kombination dieser beiden Aspekte konnte in mehreren Studien eine signifikant höhere Symptomreduktion als in reinen Face-to-Face-Kontrollgruppen erreicht werden; oft wurden sogar bessere Ergebnisse als in einer reinen Face-to-Face-Behandlung erzielt (Berger et al., 2018; Bielinski et al., 2021). Die Forschung zeigt, dass Blended-Therapie von vielen Patient:innen mehrheitlich begrüsst wird (Bielinski et al., 2021; Etzelmueller, Radkovsky, Hannig, Berking & Ebert, 2018; Urech et al., 2019). Aus Sicht der Therapeut:innen hat die Blended-Therapie weniger Nachteile als rein internetbasierte Behandlungen, da der therapeutische Prozess nicht vollständig virtuell stattfindet, sondern die digitale Komponente als Ergänzung verstanden wird (Schuster et al., 2020). Ein Aspekt, der Kritik hervorruft, ist die Frage nach der Kostenübernahme von digitalen Interventionen. In einer Online-Umfrage aus Deutschland ($N = 1\,051$) gaben 76% der Befragten an, dass sie digitale Gesundheits-Apps nutzen würden, wenn diese gesetzlich von der Krankenkasse vergütet werden (Uncovska, Freitag, Meister & Fehring, 2023).

2.5.2 Angebot ylah®

ylah® wurde als Medizinprodukt gemäss den geltenden Normen und Vorschriften für Medizinproduktesoftware entwickelt und bei Swissmedic registriert („ylah“, 2024). Der Ansatz basiert auf wissenschaftlich fundierten Methoden und wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Zielgruppen, darunter Betroffenen, Fachpersonen und Expert:innen, entwickelt („ylah“, 2024). Die Plattform gewährleistet höchste Datenschutz- und Sicherheitsstandards, die mit dem Schweizer Datenschutzgesetz konform sind, und ermöglicht so eine vertrauenswürdige Nutzung. Sie besteht aus zwei Hauptkomponenten, deren erste *ylah.board* ist – ein Webinterface für Fachpersonen, das eine schnelle und einfache Erfassung der Komplexität von Patient:innen ermöglicht und eine effektive Betreuung sicherstellt. Die therapeutische Arbeit wird durch die Digitalisierung mit ylah® vereinfacht. Fachpersonen können ihren Patient:innen individuelle Übungen, Fragebögen oder ganze Behandlungspfade leicht zuweisen. Die wichtigsten Informationen sind jederzeit zentral organisiert. Die durch den reduzierten administrativen Aufwand gewonnene Zeit kann effizient in die Betreuung der Patient:innen investiert werden („ylah“, 2024). Die zweite Komponente *ylah.me* ist eine App für Patient:innen, die eine intensivere und kontinuierlichere Auseinandersetzung mit ihrer Therapie fördert. Sie schafft eine nahtlose Verbindung zwischen den persönlichen Sitzungen und der eigenständigen Umsetzung im Alltag und gewährleistet so eine fortdauernde Betreuung („ylah“, 2024).

Fachpersonen können Patient:innen mit wenigen Klicks zur Plattform einladen. Beide Parteien haben Zugriff auf eine übersichtliche Darstellung der individuellen Behandlungsplanung, welche aktuelle Probleme, Ziele und Ressourcen umfasst. Zudem kann ein Sicherheitsplan erstellt werden, um Krisen effizient zu bewältigen. Fachpersonen können Sitzungen planen und gemeinsam mit den Patient:innen stets den Überblick über die Agenda behalten. Verschiedene Online-Aktivitäten, wie therapeutische Übungen und Journale, lassen sich zuweisen, während Symptome und Fortschritte kontinuierlich über Fragebögen überwacht werden. Aktuelle Anwendungsbereiche sind die ambulante und stationäre Psychotherapie, Beratung und die Mind-Body-Medizin. Die Arbeitsgruppe *Blended Therapy* der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG) evaluiert aktuell den Nutzen von ylah® im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie ambulant (ZPPA) der PDAG („Psychiatrische Dienste Aargau AG“, 2025). In einem Pilotprojekt zwischen der Krankenkasse CSS und ylah® wird eine Kombination aus digitalem Ansatz und persönlicher Beratung erprobt. Für burnoutgefährdete Personen wird hier ein Behandlungspfad entwickelt, der psychologische Online-Aktivitäten und App-Übungen mit persönlichem Coaching durch Gesundheitscoaches verbindet. Die Kombination aus digitalen Inhalten wie Achtsamkeitsübungen, einem Tagebuch und Psychoedukation sowie regelmässigen Gesprächen soll einen niederschweligen Zugang ermöglichen und ihn mit der Tiefe einer persönlichen Betreuung verbinden. Erste Erfahrungen sind vielversprechend: In Studien wurde nicht nur die Wirksamkeit von Blended-Psychotherapie generell belegt, sondern es wurde auch gezeigt, dass sie mindestens ebenso gute Ergebnisse erzielen kann wie rein traditionelle Settings (Bielinski et al., 2021).

3 Fragestellungen und Hypothesen

Gemäss der ICD-11 wird zwar davon ausgegangen, dass ausschliesslich Arbeitsstress zur Entstehung des Burnout-Syndroms beitrage und andere Lebensbereiche nicht relevant seien – jedoch offenbart sich unter Bezugnahme auf das JD-R-Modell, dass auch individuelle und organisationale Faktoren im Arbeitskontext von Relevanz sind und nicht unbeachtet bleiben können. In der weiterentwickelten Form dieses Modells kommt zum Ausdruck, dass die Anforderungen und Ressourcen im Arbeitsalltag in einem bedeutenden Zusammenhang mit Stress und Arbeitsmotivation stehen, aber auch weitere Aspekte aus anderen Lebensbereichen berücksichtigt werden sollten. Bei Heranziehung des VSM wird einmal mehr deutlich, dass die individuellen Faktoren (psychologisch, biologisch, sozial) nicht zu vernachlässigen sind, da Burnout nicht bei allen Menschen die gleichen Entwicklungsphasen durchläuft, sondern unterschiedliche Faktoren aus verschiedenen Lebensbereichen Einfluss haben können. Das bedeutet auch, dass betroffene Personen Unterstützung aus unterschiedlichen Quellen beziehen können. Um vertiefte Einblicke in die Unterstützungswünsche der Zielgruppe zu erhalten, soll in der vorliegenden Arbeit eine Auseinandersetzung mit drei unterschiedlichen Bereichen stattfinden. Mit der ersten Fragestellung (F1) wird untersucht, welche Unterstützung sich die Zielgruppe in den verschiedenen Kontexten wünscht. Sie lautet:

F1 Welche Unterstützung im privaten, beruflichen und professionellen Kontext wünschen sich Menschen, die sich aufgrund ihrer Selbsteinschätzung erschöpft, ausgebrannt oder auf dem Weg zum Burnout fühlen?

Zur Vertiefung und Beantwortung der Forschungsfrage 1 werden vier Hypothesen aufgestellt. Aus den Untersuchungen zu Unterstützungsquellen für von Erschöpfungssymptomen betroffenen Personen wird deutlich, dass diese sich zunächst eher an ihr persönliches Umfeld wenden und erst bei zunehmenden gesundheitlichen Beschwerden professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen. Im Arbeitskontext wird die Unterstützung von Arbeitskolleg:innen häufiger genannt als Unterstützung durch Führungspersonen oder offizielle Angebote der Organisation. Unter dieser Annahme werden die Hypothesen H1a und H1b geprüft, die wie folgt lauten:

H1a Es bestehen Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung zwischen den Kontexten *privat*, *beruflich* und *professionell*.

- H1b** Es gibt Unterschiede in der wahrgenommenen Unterstützungsfähigkeit verschiedener Akteur:innen in den Kontexten *privat*, *beruflich* und *professionell*.

Aus verschiedenen Studien ging hervor, dass vor allem hohe Arbeitsanforderungen, Arbeits- und Zeitdruck, emotionale Anforderungen, Rollenkonflikte und -unklarheiten, Arbeitsplatzunsicherheit sowie Konflikte zwischen Arbeit und Familie (Work-Home-Interferenz) zu einer erhöhten Erschöpfung bzw. einem höheren Burnout-Risiko beitragen. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Zusammenhang anhand der Hypothesen H1c und H1d überprüft:

- H1c** Die Häufigkeit der Nennung verschiedener Anforderungen im beruflichen Kontext unterscheidet sich; manche Anforderungen werden häufiger genannt als andere.
- H1d** Die Häufigkeit der Nennung verschiedener Ressourcen im beruflichen Kontext unterscheidet sich; manche Ressourcen werden häufiger genannt als andere.

Die zweite Fragestellung (F2) bezieht sich direkt auf das Angebot der Blended-Therapie von ylah®. In der vorliegenden Arbeit soll eruiert werden, inwieweit die Zielgruppe das Angebot in ihrer aktuellen Situation nutzen würde. Sie lautet:

- F2 Inwiefern besteht die Bereitschaft der Zielgruppe, das digitale Angebot von ylah® in ihrer aktuellen Situation zu nutzen?**

Zur Vertiefung und Beantwortung der Forschungsfrage 2 werden vier Hypothesen aufgestellt. Mit den Hypothesen H2a und H2b wird der Zusammenhang zwischen der Burnout-Ausprägung einerseits und der Nutzungsbereitschaft der Zielgruppe für das Angebot von ylah® sowie dem Wunsch nach der Begleitung im Blended-Setting andererseits geprüft.

- H2a** Die Burnout-Ausprägung steht in Zusammenhang mit der Bereitschaft der Zielgruppe, das Angebot von ylah® zu nutzen.
- H2b** Die Burnout-Ausprägung steht in Zusammenhang mit dem Wunsch nach Begleitung durch externe Fachpersonen im Blended-Setting.

Die Forschung zeigt, dass die Blended-Therapie von den meisten Patient:innen begrüßt wird. Die Hypothese H2c stützt sich auf diese Annahme, d. h., es wird davon ausgegangen, dass mehr Vorteile als Bedenken im Zusammenhang mit der Nutzungsbereitschaft genannt

werden. Mit der Hypothese H2d wird zudem geprüft, ob sich die Befragten mehrheitlich wünschen, dass die Versicherung die Therapie vergütet.

H2c Teilnehmende nennen mehr Vorteile (Mehrwert) als Bedenken im Zusammenhang mit der Bereitschaft zur Nutzung des Angebotes von ylah®.

H2d Teilnehmende nennen am häufigsten die Versicherungen (z. B. Krankenkassen) als bevorzugte Kostenbeteiligte.

Die dritte und vierte Fragestellung (F3 und F4) fokussieren sich auf die Sichtweise der Organisationen. Diesbezüglich soll im Rahmen der Arbeit herausgefunden werden, wie viel Bedeutsamkeit der Sekundärprävention zugeschrieben wird und welche Chancen und Herausforderungen von den Organisationsxpert:innen genannt werden. Forschungsfrage 3 lautet:

F3 Welche Wichtigkeit und welche Chancen und Herausforderungen sehen Organisationen in unterschiedlichen Fachrichtungen in der Sekundärprävention?

Anschliessend wird das Angebot von ylah® genauer betrachtet und mit den Expert:innen wird diskutiert, wie sie einer Integration der Prävention in das bestehende Produkt als Erweiterung gegenüberstehen. Die Forschungsfrage 4 lautet:

F4 Wie bewerten Organisationen, die ylah® (noch nicht) einsetzen, die Integration der Prävention, um das bestehende Produkt zu erweitern?

4 Methoden

4.1 Studiendesign

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Mixed-Methods-Ansatz verfolgt. Einerseits sollte ein vertieftes Verständnis für die Bedürfnisse und Unterstützungswünsche der Zielgruppe und andererseits ein Einblick in die Sekundärprävention bei Grossorganisationen und deren Wahrnehmung des digitalen Angebots von ylah® gewonnen werden. Dabei kam für die quantitative Online-Befragung ein eingebettetes Design zum Einsatz, mithilfe dessen statistische Auswertungen vorgenommen und einzelne qualitative Fragen interpretativ analysiert wurden. Für die qualitative Datenerhebung wurden teilstrukturierte Interviews mit Expert:innen durchgeführt.

Die quantitative Online-Befragung wurde mittels eines Fragebogens vorgenommen, der aus einem standardisierten Burnout-Fragebogen sowie weiteren selbst formulierten Items bestand. Das Ziel dieser Befragung war es, Einblicke in die Belastungssituation der Zielgruppe, ihren Unterstützungsbedarf sowie ihre Wahrnehmung und Nutzungsbereitschaft des digitalen Angebots von ylah® in Bezug auf ihre aktuelle Situation zu erhalten. Diese Daten dienten zur Beantwortung der ersten beiden Fragestellungen. Für die weiteren Fragestellungen wurden qualitative Expert:inneninterviews mit Fachpersonen aus verschiedenen Fachbereichen von Grossorganisationen in der Schweiz durchgeführt. Ziel der Interviews war es, einen vertieften Einblick in die Bedeutung von Sekundärprävention, Massnahmen, Chancen und Risiken in diesem Bereich zu erhalten. Im zweiten Teil der Interviews wurde spezifisch auf das digitale Angebot von ylah® eingegangen, um den Bedarf der Organisationen sowie deren Bedenken und mögliche Potenziale einer Umsetzung in ihrem Arbeitsbereich zu erfragen.

Durch die Kombination der beiden Methoden konnten die Sichtweisen von Betroffenen und die professionelle Einschätzung von Expert:innen berücksichtigt werden. Der Mixed-Methods-Ansatz unterstützte somit das übergeordnete Ziel, Gestaltungsmassnahmen für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung des digitalen Angebots von ylah® abzuleiten.

4.1.1 Pretest Online-Befragung

Für den Pretest der Online-Umfrage stellte sich eine Kommilitonin aus dem Masterstudiengang zur Verfügung, die im Masterkolloquium von der Studie erfahren hatte. Die Studentin gehörte zur Zielgruppe dieser Arbeit. Für den Pretest wurde ein Online-Setting gewählt, bei dem die Studentin die Befragung unter Heranziehung des sogenannten Think-

aloud-Ansatzes durchlief. Bei dieser Methode des lauten Denkens denken die Teilnehmenden laut, während sie eine bestimmte Aufgabe ausführen, oder sie teilen, nachdem sie diese beendet haben, ihre Gedanken mit (Eccles & Aarsal, 2017). Das heisst in diesem Fall, dass die Studentin den Fragebogen bearbeitete und dabei all ihre Gedanken mitteilte. So konnte genau erfasst werden, ob die Items von der Studentin verstanden wurden und welche Gedanken sie auslösten. Nach dem Pretest wurden folgende Änderungen vorgenommen:

- Die Fragen zu demografischen Angaben wurden an den Anfang des Fragebogens gestellt, da die Teilnehmenden am Ende möglicherweise nicht mehr die Geduld und Energie gehabt hätten, diese banalen Informationen zu geben. Für die Studie wäre es schade gewesen, wenn diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe nicht zur Verfügung gestanden hätten. Ein Austausch mit einer erfahrenen Kollegin bestätigte die Vermutung, dass es für die Teilnehmenden leichter sein würde, mit einfachen Angaben zur eigenen Person zu beginnen, bevor sie sich mit schwierigeren und möglicherweise emotional belastenden Fragen auseinandersetzen müssten.
- Bei den demografischen Angaben wurde die Kategorie *In Ausbildung* mit *Praktikant:in* ergänzt.
- Alle Fragen wurden als Pflichtfragen gekennzeichnet und es wurde überall die Antwortoption *Keine Angabe* ergänzt. Damit sollte verhindert werden, dass zu viele Angaben leer bleiben würden. Im Pretest war nämlich bei vielen Fragen das Problem aufgekommen, dass die Studentin zwischen zwei Antworten schwankte und dann gar keine auswählte.

4.1.2 Pretest Expert:inneninterview

Der Leitfaden für die Expert:inneninterviews wurde mit der Praxispartnerin diskutiert; ein Pretest wurde nicht durchgeführt. Insgesamt fanden sechs Interviews mit Expertinnen statt. Bei der Akquise von Expert:innen in den Grossorganisationen wurde die Autorin durch eine Person aus dem Verwaltungsrat von ylah® unterstützt. Sie entschied sich daher, den Leitfaden nur mit der Praxispartnerin zu überprüfen und zu testen.

4.2 Erhebungsinstrumente

Die Online-Befragung wurde mit EFS-Survey, einer von der Fachhochschule Nordwestschweiz zur Verfügung gestellten Online-Umfrage-Software, programmiert.

Befragungen über diese Software werden unter Einhaltung der in der Europäischen Union geltenden Datenschutzbestimmungen durchgeführt.

4.2.1 Online-Befragung

Für die quantitative Datenerhebung wurde ein Fragebogen mit sieben Teilen entwickelt. Diese einzelnen Teile sowie die zugehörigen Inhalte sind in Tabelle 1 aufgeführt. Der vollständige Fragebogen ist in Anhang A zu finden.

Tabelle 1
Zusammenfassung der sieben Teilbereiche der Online-Befragung mitsamt deren Inhalten

Teil	Inhalt
1 Demografische Angaben	Fragen zu Branche, Alter, Geschlechtszugehörigkeit, höchstem Ausbildungsgrad, Arbeitspensum und Position.
2 Copenhagen Burnout Inventory	Items zu persönlichem und arbeitsbezogenem Burnout (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005).
3 Personas	Vier Personas, die nach dem 12-Phasen-Modell von Freudenberger und North (1992) entwickelt wurden.
4 Professioneller Kontext	Items zur Einschätzung der Wichtigkeit professioneller Hilfe, Auswahl von Personen/Fachstellen, Bedeutung professioneller Hilfe und Rückfrage, ob bereits ein Burnout behandelt wurde.
5 Beruflicher Kontext	Items zur Einschätzung der Wichtigkeit der Hilfe im beruflichen Kontext, Bewertung der Unterstützungsmöglichkeiten von verschiedenen Personen im beruflichen Kontext, Auswahl von Anforderungen und Ressourcen (Schulte, Wittner & Kauffeld, 2021).
6 Privater Kontext	Items zur Einschätzung der Wichtigkeit der Hilfe im privaten Kontext, Bewertung der Unterstützungsmöglichkeit von verschiedenen Personen im privaten Kontext, offene Frage nach Art der Unterstützung.
7 ylah®	Kennenlern-Video über ylah®, Abfrage der Nutzungseinstellungen, offene Frage zum Mehrwert und zu Bedenken, Auswahl von Aktivitäten, Auswahl von Personen/Fachstellen zur Begleitung, Frage nach der Kostenbeteiligung.
8 Endseite	Link zu Adressen und Angeboten, Anlaufstellen.

Teil 1 – Demografische Angaben

Im Hinblick auf den Arbeitskontext wurde um demografische Angaben zur Branche, in der die Personen zum Zeitpunkt der Befragung tätig waren, zum Arbeitspensum und zur Position gebeten. Bei Letzterer konnten die Teilnehmenden zwischen folgenden Kategorien wählen: *In Ausbildung/Praktikant:in, Angestellte:r ohne Führungsfunktion oder mit Führungsfunktion* und *Geschäftsleiter:in*. Des Weiteren wurden das Geschlecht (*weiblich, männlich, divers*), der höchste Ausbildungsgrad und das Alter abgefragt. Dabei konnten die folgenden Altersgruppen ausgewählt werden: *bis 19 Jahre, 20–29 Jahre, 30–39 Jahre, 40–49 Jahre, 50–59 Jahre* und *60 Jahre und älter*.

Teil 2 – Copenhagen Burnout Inventory

Zur Erfassung der Ausprägung von Burnout wurde der Fragebogen *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) gewählt. Dieser wurde von Kristensen et al. (2005) entwickelt und erfasst vor allem das Kernsymptom *Erschöpfung*. Er schliesst 19 Items ein, die sich auf drei Skalen für Burnout in unterschiedlichen Lebensbereichen verteilen: *persönliche Erschöpfung, arbeitsbezogene Erschöpfung* und *klientenbezogene Erschöpfung*. In der vorliegenden Arbeit wurden nur die beiden Dimensionen der persönlichen und arbeitsbezogenen Erschöpfung näher betrachtet, die Bestandteil des Fragebogens sind. Für die Wahl dieses Messinstruments sprach ausserdem die klare Fokussierung auf Erschöpfung bei gleichzeitiger Differenzierung zwischen beruflicher und privater Belastung (Li, Dance, Poonja, Aguilar & Colmers-Gray, 2024). Das CBI wurde international in verschiedenen Anwendungsgebieten validiert (Barton et al., 2022; Bolatov et al., 2021; Kristensen et al., 2005; Werdecker, 2021).

Die interne Konsistenz aller drei Skalen liegt im Bereich von Cronbachs Alpha = .85 bis .89, was auf eine hohe interne Reliabilität hinweist (Kristensen et al., 2005). Dem Fragebogen wird über verschiedene Sprachversionen und Populationen hinweg seine Zuverlässigkeit bestätigt, und die Retest-Reliabilität, also die Stabilität der Burnout-Werte über kurze Zeiträume bei gleichbleibender Belastungssituation, wird als zufriedenstellend beschrieben (Ogunsuji et al., 2022). Durch die klare Konzentriertheit auf Erschöpfung ist die Konstruktvalidität des CBI gegeben. Korrelationen mit anderen Messinstrumenten, wie dem MBI, wurden bestätigt. Beispielsweise korreliert die CBI-Arbeitserschöpfung hoch mit der entsprechenden MBI-Emotionserschöpfungs-Skala ($r \approx 0,8$) (Hanebuth, Aydin & Scherf, 2012). Bei Betrachtung der drei Skalen zeigt das CBI eine inhaltlich sinnvolle Differenzierung: Soziale Unterstützung am Arbeitsplatz korreliert beispielsweise stärker mit

arbeitsbezogenem Burnout, während Unterstützung im Privatleben eher mit persönlichem Burnout zusammenhängt (Hanebuth et al., 2012).

Als Vorteile des CBI für die vorliegende Arbeit erwiesen sich die berufsunabhängige Anwendbarkeit, die freie Verfügbarkeit und die niederschwellige Sprache, die sich besonders für den Einsatz in Selbsteinschätzungen eignet. So benötigten die Teilnehmenden kein psychologisches Vorwissen, um ihre Erschöpfung in unterschiedlichen Lebensbereichen differenziert wahrzunehmen. Die von Kristensen et al. (2005) entwickelten Originalitems wurden in deutscher Sprache von Hanebuth et al. (2012) übernommen. Lediglich die Ansprache wurde von der Sie- zur Du-Form geändert, in welcher der gesamte Fragebogen verfasst wurde. Zudem wurde auf gendergerechte Sprache geachtet. Die Items wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Ausprägungen *nie/sehr selten*, *selten*, *manchmal*, *oft* und *sehr oft* bewertet. Die Items in den Bereichen *Persönliche Erschöpfung* und *Arbeitsbezogene Erschöpfung* mit den Skalen und Skalendefinitionen sind in Anhang B aufgeführt (Hanebuth et al., 2012).

Die Autor:innen der Primärquelle betonen, dass das CBI keine Diagnosen stellt, sondern den Grad der Erschöpfung auf einer Skala von 0 bis 100 darstellt (Kristensen et al., 2005). Jede Itemantwort wird in einen Prozentwert umgewandelt, wobei 100 für *sehr oft* und 0 für *nie/sehr selten* steht. Mit diesem Messinstrument wird vor allem der Vergleich zwischen Gruppen angestrebt. Für den Gesamtscore werden pro teilnehmende Person die Werte von *Persönliche Erschöpfung* und *Arbeitsbezogene Erschöpfung* per Mittelwert aggregiert (Wertebereich für Gesamtscore somit auch von 0 bis 100).

Teil 3 – Personas

Das 12-Phasen-Modell von Freudenberg und North (1992) beschreibt die Entwicklung von Burnout als einen langfristigen, schrittweisen Prozess. Demnach ist Burnout als eine reaktive und oft unbemerkte Entwicklung aufzufassen, die mit zunehmendem Stress und steigender Belastung einhergeht. Die Phasen reichen von anfänglich hohem Engagement bis hin zu völliger Erschöpfung und Zynismus. Das Modell bietet eine theoretische Grundlage zur Identifikation von Burnout, wird aber auch kritisiert, da es zu starr und linear ist. Nicht alle Betroffenen durchlaufen zwangsläufig alle Phasen in derselben Reihenfolge. Zudem ist das Modell empirisch nicht eindeutig validiert. In der Praxis wird es vor allem zur Identifikation von Frühwarnzeichen verwendet, insbesondere in der Prävention und im Coaching. In der vorliegenden Arbeit wurde das Modell zur Erstellung von vier Personas

genutzt. Dabei wurden jeweils drei Phasen aus dem Modell von Freudenberger und North (1992) zu einer Persona zusammengefasst. Die Personas dienten den Teilnehmenden als Unterstützung bei der Einschätzung ihrer aktuellen Situation. Im weiteren Verlauf sollten die Personas auch darauf hin untersucht werden, ob sie mit der Ausprägung von Burnout zusammenhängen. Das heisst, es war auch zu erforschen, ob Personen mit einer höheren Ausprägung auch eine Persona aus den höheren Phasen des Modells wählten. Folgende Personas standen zur Auswahl: *Begeisterte:r Idealist:in*, *Gebremste:r Enthusiast:in*, *Frustrierte:r Kämpfer:in* und *Erschöpfte Person*. Eine detaillierte Darstellung der Phasen und Personas ist in Tabelle 2 zu finden.

Tabelle 2
 Beschreibung und Zuordnung der vier Personas und der 12-Phasen nach Freudenberger und North (1992)

Persona	Phasen
<p>Begeisterte:r Idealist:in</p> <p>Du bist bekannt für Deine Liebe zum Detail. Um all Deine Aufgaben mit Sorgfalt und Hingabe zu erledigen und sicherzustellen, dass alles perfekt läuft, machst Du auch gerne Überstunden. Die Vorstellung, Fehler zu machen, bereitet Dir Sorgen und ausreichend Schlaf wird immer weniger wichtig. Deine Freund:innen nennen Dich liebevoll «Workaholic-König:in», aber Du merkst, dass Du Dich immer müder fühlst.</p> <p>Zitat: «Wenn ich es nicht schaffe, wer dann? Fehler sind einfach keine Option.»</p>	<p>1 Übermässiger Einsatz und hoher Idealismus: Zu Beginn sind die Personen sehr motiviert und arbeiten mit hohem Engagement, oft aus dem Wunsch heraus, sich zu beweisen oder anderen zu helfen.</p> <hr/> <p>2 Geringe Anerkennung und mangelnde Belohnung: Es wird eine Diskrepanz zwischen dem eigenen Engagement und der erhaltenen Anerkennung wahrgenommen. Der Arbeitsaufwand wird als nicht ausreichend gewürdigt.</p> <hr/> <p>3 Zwanghaftes Arbeiten: Personen steigern ihr Arbeitspensum, um weiterhin die Anerkennung zu erhalten, verlieren dabei jedoch zunehmend den Kontakt zu eigenen Bedürfnissen und Ressourcen.</p>
<p>Gebremste:r Enthusiast:in</p> <p>In letzter Zeit schmerzen Deine Schultern, Du bist verspannt und Du schläfst kaum noch. Du hast mehr und mehr das Gefühl, dass Du härter geworden und weniger geduldig bist. Du bist der Meinung, dass Du das einfach ignorieren und Dich auf die Arbeit konzentrieren musst. Die Arbeit bekommt Deine volle Aufmerksamkeit und Zeit, was teilweise zu Konflikten mit Personen aus Deinem sozialen Umfeld oder verpassten Verabredungen führt. Arbeitskolleg:innen empfinden Dich als zynisch – Du selbst würdest es als realistisch beschreiben.</p> <p>Zitat: «Was erwarten die anderen eigentlich? Dass ich alles allein mache, während sie ihre Freizeit geniessen?»</p>	<p>4 Vernachlässigung eigener Bedürfnisse: Die eigenen körperlichen und seelischen Bedürfnisse werden zunehmend ignoriert, da die Arbeit weiterhin Vorrang hat. Die Person setzt sich selbst unter Druck, ohne auf die eigenen Grenzen zu achten.</p> <hr/> <p>5 Verdrängung von Konflikten und Problemen: Die Probleme werden ignoriert oder verdrängt. Anzeichen von Erschöpfung oder Stress werden nicht anerkannt, und die Personen konzentrieren sich weiter auf die Arbeit.</p> <hr/> <p>6 Rationalisierung und Zynismus: Entwicklung der ersten zynischen Gedanken und einer negativen Haltung gegenüber der Arbeit und anderen Menschen. Konflikte werden rationalisiert und häufig abgewehrt.</p>

Fortsetzung Tabelle 2

Frustrierte:r Kämpfer:in

Früher warst Du voller Begeisterung, aber inzwischen fühlst Du Dich oft müde und leer. Du tust, was nötig ist, doch die Leidenschaft fehlt. Kritik geht spurlos an Dir vorbei – Du bist froh, wenn Du Deine Ruhe hast. Manchmal fragst Du Dich, wie Du in diese Situation gekommen bist, und hoffst, die Freude wiederzufinden.

Zitat: «Ich funktioniere noch, aber ich frage mich immer häufiger, wo der Sinn geblieben ist.»

Erschöpfte Person

Der Alltag fühlt sich oft sinnlos an, und Du hast das Gefühl, nur noch zu funktionieren. Es gibt Tage, an denen Du die Leere kaum ertragen kannst, und die Fragen nach dem «Warum?» werden immer lauter. Du merkst, dass Du Hilfe brauchst, um die Kontrolle über Dein Leben zurückzugewinnen und wieder neue Kraft zu schöpfen.

Zitat: «Es fühlt sich an, als würde ich auf Autopilot laufen.»

- 7 Veränderung des sozialen Verhaltens: Es kommt zu einer Distanzierung von sozialen Kontakten, sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich. Die Personen ziehen sich zurück und vereinsamen zunehmend.
- 8 Fehlende emotionale Reaktion: Die Personen zeigen kaum noch emotionale Reaktionen, weder gegenüber positiven noch negativen Ereignissen. Es entsteht ein Gefühl der Leere und des Verlusts.
- 9 Erhöhte emotionale Erschöpfung: Es kommt zu einer Distanzierung von sozialen Kontakten, sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich. Die emotionale Verfassung wird zunehmend erschöpft und es fällt schwer, noch positive oder motivierende Emotionen zu erleben. Das Gefühl der Überforderung nimmt zu.
- 10 Depersonalisation und Zynismus: Es kommt zu einer weiteren Entfremdung von anderen und von sich selbst. Beziehungen werden als unwichtig und oberflächlich empfunden.
- 11 Körperliche und geistige Erschöpfung: Die Personen sind nicht mehr in der Lage, effektiv zu arbeiten oder die Anforderungen des Lebens zu bewältigen.
- 12 Zusammenbruch: Die Personen sind körperlich und psychisch nicht mehr in der Lage, die alltäglichen Anforderungen zu erfüllen. Es kann zu ernsthaften gesundheitlichen Folgen wie Depression, Angstzuständen oder physischen Erkrankungen kommen.

Teil 4 – Professioneller Kontext

Mithilfe der Items zum professionellen Bereich sollte ermittelt werden, wie wichtig die Teilnehmenden professionelle, externe Unterstützung in ihrer aktuellen Situation erachten, von wem sie sich in diesem Zusammenhang Unterstützung wünschen und was professionelle Unterstützung für sie bedeutet. In diesem Teil wurde auch gefragt, ob die Teilnehmenden schon einmal wegen Burnout in Behandlung waren. Unter der Möglichkeit der Mehrfachnennung von Personen oder Fachbereichen zur Unterstützung standen folgende Optionen zur Verfügung: *Hausarzt:in, Psychiater:in, Psycholog:in, Psychotherapeut:in, Selbsthilfegruppen* sowie *Andere*, die sie ausfüllen konnten. Die Items und Skalen sind in Anhang C ersichtlich.

Teil 5 – Beruflicher Kontext

Im fünften Teil des Fragebogens wurde die Bedeutung von Unterstützung im Berufsalltag erfragt. Die Teilnehmenden konnten auch angeben, von wem aus dem Arbeitsumfeld sie sich Unterstützung wünschen. Dazu konnten sie auf einer vierstufigen Skala angeben: *kann mich nicht unterstützen, kann mich vielleicht unterstützen, kann mich definitiv unterstützen* oder *gibt es nicht/weiss nicht*. Sie wurden gebeten, jede der folgenden Unterstützungsquellen zu bewerten: *Führungskraft* (z. B. vorgesetzte Person oder Teamleitung), *Arbeitskolleg:innen*, *betriebliche Gesundheitsdienste* (z. B. interne Beratungsstelle, Gesundheitsmanager:in, Gesundheitsförderung), *HR-Abteilung/Personalabteilung*, *Mentor:in/Vertrauensperson* im Unternehmen sowie *andere Personen*, die in einem offenen Textfeld erfasst werden konnten. Ziel dieser Frage war es einerseits, zu evaluieren, welche Personen in den Organisationen laut den Aussagen der Teilnehmenden am besten unterstützen können. Andererseits sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, in welchen Bereichen eine Unterstützung eventuell nicht möglich ist. In einem weiteren Teil wurden die Teilnehmenden gebeten, maximal drei Ressourcen auszuwählen, die sie in ihrer aktuellen Situation am meisten unterstützen, sowie maximal drei Anforderungen zu benennen, die sie in ihrer aktuellen Situation am meisten belasten. Diese Informationen sollten der Entwicklung von bedarfsgerechter Unterstützungsangebote dienen. Die ausgewählten Anforderungen und Ressourcen orientieren sich am von Schulte et al. (2021) entwickelten Fragebogen *Ressourcen und Anforderungen (ReA) in der Arbeitswelt*. Die Items und Skalen sind detailliert in Anhang D dargestellt.

Teil 6 – Privater Kontext

Wie in den beiden vorangegangenen Kontexten wurde auch im Privatleben nach der Wichtigkeit der Hilfe und danach gefragt, von wem am meisten Unterstützung gewünscht wird. Zur Auswahl standen: *Eltern, Geschwister, Lebenspartner:in, Freund:innenkreis* und *andere*, die wiederum in einem Textfeld eingetragen werden konnten. Die Skala war identisch mit derjenigen, die für den beruflichen Bereich verwendet wurde, und die Teilnehmenden wurden erneut gebeten, jede Aussage zu bewerten. Zusätzlich wurde in einer offenen Frage um Auskunft darüber gebeten, welche Art von Unterstützung den Teilnehmenden am meisten helfen würde. Anhand dessen sollte ein genauerer Blick auf die privaten Situationen und Bedürfnisse geworfen werden, um zu verstehen, ob es Ansatzpunkte für digitale Angebote in diesem Bereich gäbe. Die Items und Skalen sind in Anhang E zusammengefasst.

Teil 7 – ylah®

Im letzten Teil des Fragebogens lernten die Teilnehmenden ylah® in einem kurzen Video kennen. Anschliessend wurden sie gefragt, ob sie sich vorstellen könnten, diese Therapieform in ihrer aktuellen Situation anzuwenden, und worin sie den Mehrwert sehen bzw. welche Bedenken sie haben. Danach konnten sie verschiedene Aktivitäten auswählen, die sie in ihrer Situation anwenden würden. Mithilfe dieser Informationen sollten bedarfsgerechte Unterstützungsangebote analysiert und eine mögliche Umsetzung geprüft werden. In diesem Bereich wurden die Teilnehmenden auch gefragt, wer sie im Rahmen eines Blended-Therapie-Programms im Arbeitskontext begleiten sollte. Bei dieser Mehrfachauswahl standen wieder dieselben Personen bzw. Fachbereiche wie zuvor im beruflichen Fragenblock zur Verfügung. Abschliessend wurde nach der Kostenbeteiligung gefragt. Alle Items und Skalen sind in Anhang F dargestellt.

4.2.2 Expert:inneninterviews

Für die Interviews mit den Expert:innen aus den Grossorganisationen wurde in Zusammenarbeit mit der Praxispartnerin ein Leitfaden erstellt. Dieser enthielt allgemeine Fragen zur Sekundärprävention in der Organisation sowie konkrete Fragen zum Angebot von ylah®. Zur Vorstellung von ylah® wurde dasselbe Video verwendet, das auch in der Online-Befragung gezeigt wurde. Der Leitfaden, der die in Tabelle 3 dargestellten Fragen umfasste, ist in detaillierter Form in Anhang G ersichtlich.

Tabelle 3
Leitfragen der Expert:inneninterviews

Allgemeine Fragen zur Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> · Welche Rolle spielt die Sekundärprävention in Ihrem/Deinem Fachbereich? · Welche Erfahrungen mit Massnahmen haben Sie/hast Du bereits gemacht? · Welche Massnahmen finden Sie/findest Du besonders wirksam? · Wo sehen Sie/siehst Du die grössten Herausforderungen in der Sekundärprävention?
Fragen zu ylah® (nicht im Einsatz)	<ul style="list-style-type: none"> · Wie schätzen Sie/schätzt Du den Einsatz von ylah® in der Sekundärprävention ein? · Wie offen wären Sie/wärest Du für die Einführung einer digitalen Unterstützung in Ihrem/Deinem Betrieb? · Wo sehen Sie/siehst Du dabei Herausforderungen und Chancen?
(bereits im Einsatz) <i>Zwei Expertinnen hatten ylah® bereits in ihrer Tätigkeit implementiert und beantworteten im Bereich Fragen zu ylah® angepasste Fragen.</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Welche Erfahrungen haben Sie/hast Du mit ylah® in Ihrem/Deinem Fachbereich gemacht? (Gerne von positiven wie auch herausfordernden Situationen berichten) · Was müsste sich noch ändern, dass Sie/Du ylah® optimal einsetzen könnten/könntest? (z. B. Art und Weise der Integration) · Wie schätzen Sie/schätzt Du den Einsatz von ylah® in der Sekundärprävention ein?

Die Interviews dauerten zwischen 20 und 40 Minuten, wurden online durchgeführt und aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen dienten der späteren Paraphrasierung und der Erstellung von Textdokumenten für die Auswertung.

4.3 Stichprobe: Zielgruppe und Rekrutierung

4.3.1 Online-Befragung

Die Rekrutierung der Stichprobe für die Online-Befragung erfolgte über das persönliche und berufliche Netzwerk der Autorin sowie dasjenige ihrer Praxispartnerin. Über die Social-Media-Plattform *LinkedIn* wurde ein Aufruf zur Teilnahme an der Studie gestartet.

Unterstützt wurde dieser Aufruf durch einen kurzen, mit den Kontaktdaten der Autorin versehenen Text, in welchem die Zielgruppe angesprochen und der Mehrwert der Studie

beschrieben wurde. Zur visuellen Unterstützung wurde ein passender Flyer mit QR-Code erstellt, der auch in ausgedruckter Form an verschiedenen Orten wie der Hochschule ausgelegt werden konnte. Dieser Flyer, der sich auch gut zum Teilen und Weiterleiten durch Bekannte im persönlichen Netzwerk eignete, und der Einleitungstext zur Studienteilnahme sind in Anhang H ersichtlich.

Die Stichprobe umfasste insgesamt 119 Personen ($N = 119$), wovon 90 weiblich und 28 männlich waren. Die Alterskategorie *bis 19 Jahre* wurde nicht ausgewählt. 70 Teilnehmende (59%) befanden sich in der Kategorie *20 bis 29 Jahre* und 30 Teilnehmende (25%) in der Kategorie *30 bis 39 Jahre*. Etwas mehr als je ein Drittel, nämlich 44 Personen (37%), hatten eine Matura, ein Abitur, eine Berufslehre oder eine Fachhochschulreife, während 43 Personen (36%) über einen Bachelorabschluss verfügten. Von den 119 Personen waren 84 (71%) Angestellte ohne Führungsfunktion. Die drei häufigsten Branchen waren das Gesundheits- und Sozialwesen mit 32 Angaben (27%), Sonstiges mit 22 Angaben (19%) und Forschung und Entwicklung mit 19 Angaben (16%). Die Stichprobe arbeitete im Durchschnitt in einem 80%-Pensum, mit einem Minimum von 5% und einem Maximum von 100%. Die grosse Bandbreite des Arbeitspensums deutete auf eine diesbezüglich heterogene Stichprobe hin. Daten zu den Merkmalen *Geschlecht, Alter, Ausbildung, Position, Branche* und *Pensum* sind in Tabelle 4 aufbereitet, während die vollständige Übersicht über die Branchenverteilung in Anhang I ersichtlich ist.

Tabelle 4
 Übersicht *Geschlecht, Alter, Ausbildung, Position, Branche* und *Pensum* der Stichprobe der Online-Befragung

Merkmal	Stichprobe (N = 119)		
Geschlecht	90	(76%)	weiblich
	28	(24%)	männlich
	1	(1%)	divers
Alter	70	(59%)	20 bis 29 Jahre
	30	(25%)	30 bis 39 Jahre
	11	(9%)	40 bis 49 Jahre
	7	(6%)	50 bis 59 Jahre
	1	(1%)	60 Jahre und älter
Ausbildung	3	(3%)	Primar-, Sekundar-, Haupt- oder Realschulabschluss (oder Vergleichbares)

Merkmals	Stichprobe (N = 119)	
	44	(37%) Matura/Abitur/Berufslehre/Fachhochschulreife (oder Vergleichbares)
	43	(36%) Bachelorabschluss (oder Vergleichbares)
	26	(22%) Masterabschluss/Diplom/Lizentiat (oder Vergleichbares)
	3	(3%) Dokortitel/PhD (oder Vergleichbares)
Position	12	(10%) In Ausbildung/Praktikant:in
	84	(71%) Angestellte:r ohne Führungsfunktion
	19	(16%) Angestellte:r mit Führungsfunktion
	4	(3%) Geschäftsleiter:in
Branche	32	(27%) Gesundheits- und Sozialwesen
	22	(19%) Sonstiges
	19	(16%) Forschung und Entwicklung
Pensum	$M = 79.64$ ($SD = 24.56$)	

4.3.2 Expert:inneninterviews

Bei der Rekrutierung der Expert:innen konnte auf die wertvolle Unterstützung eines Mitglieds des Verwaltungsrats von ylah® zurückgegriffen werden. Dieses hatte sich zuvor mit den Grossunternehmen, die mit der Kontaktperson der Praxispartnerin definiert worden waren, in Verbindung gesetzt und als vermittelnde Instanz fungiert. Insgesamt konnten Interviews mit sechs Personen geführt werden, von denen zwei ylah® bereits im Rahmen ihrer Tätigkeit einsetzen. Um die Anonymität zu gewährleisten, werden in dieser Arbeit keine Informationen über die Organisationen oder Tätigkeitsbereiche der Expert:innen geteilt bzw. aufgeführt.

4.4 Datenaufbereitung und -bereinigung

Zunächst wurde der Datensatz aus EFS-Survey exportiert und die Variablenbeschriftungen wurden angepasst, um eine klare und konsistente Struktur zu erreichen. Zudem wurden Wertebeschriftungen hinzugefügt, damit sich die Bedeutung der numerischen Werte jeder Variable eindeutig definieren liess. Anschliessend wurden die Messniveaus kontrolliert und angepasst, was dazu diente, sicherzustellen, dass jede Variable korrekt eingeordnet war. Personen, die nicht erwerbstätig waren und ein Pensum von 0

aufwiesen, wurden aus dem Datensatz entfernt, da sie nicht Teil der definierten Zielgruppe waren. Darüber hinaus wurden unvollständige Datensätze ausgeschlossen. Für die Burnout-Ausprägungen wurden neue Variablen definiert und die Skalen in numerische Werte umgerechnet. Diese Anpassung ermöglichte eine präzisere Messung der Burnout-Ausprägung und verbesserte die Vergleichbarkeit der Daten.

4.5 Statistische Analysen

Zur Auswertung der erhobenen Daten kamen sowohl deskriptive als auch inferenzstatistische Verfahren zum Einsatz. Vor der Durchführung der inferenzstatistischen Analysen wurden die entsprechenden Voraussetzungen geprüft und die Tests unter Berücksichtigung der Datenstruktur, des Skalenniveaus und der Hypothesen ausgewählt. Die überwiegende Mehrheit der analysierten Variablen basierte auf ordinal skalierten Likert-Skalen oder kategorialen Angaben. Eine Prüfung der Normalverteilung mittels Shapiro-Wilk-Tests und visueller Darstellung mithilfe von Histogrammen, Boxplots und QQ-Plots zeigte, dass die Annahme der Normalverteilung bei den zentralen Variablen, beispielsweise den Burnout-Ausprägungen und den Unterstützungswünschen, nicht erfüllt war. Daher wurde auf nichtparametrische Verfahren zurückgegriffen, die gegenüber Verteilungsverletzungen robust sind. Die Erhebung erfolgte online und anonymisiert. Es lagen keine Hinweise auf abhängige Messwerte vor. Jede Person konnte den Fragebogen einmal ausfüllen. In Tabelle 5 ist der Bezug zu den eingesetzten Verfahren unterteilt nach den Hypothesen dargestellt.

Tabelle 5
Darstellung der eingesetzten Verfahren für die statistische Analyse der Hypothesen H1a–H1d und H2a–H2d

Hypothesen	Verfahren
H1a	<p>Friedman-Test, Wilcoxon-Test</p> <p>Da die Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung im privaten, beruflichen und professionellen Kontext von denselben Personen eingeschätzt wurde (verbundene Stichprobe) und ordinalskaliert ist, wurde der Friedman-Test als nichtparametrisches Äquivalent zur ANOVA mit Messwiederholungen eingesetzt. Die Post-hoc-Vergleiche wurden mit Wilcoxon-Tests durchgeführt und jeweils nach Bonferroni korrigiert. Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen der Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung und den Burnout-Ausprägungen (persönlich, arbeitsbezogen und gesamt) wurden zusätzlich bivariate Spearman-Rangkorrelationen berechnet. Dieses nichtparametrische Verfahren wurde gewählt, da keine Normalverteilung vorausgesetzt werden muss und die Daten sich auf ordinalem Skalenniveau</p>

befinden. Die Spearman-Korrelation erlaubt eine robuste Schätzung des Zusammenhangs, indem sie die Rangordnung der Werte berücksichtigt und gegenüber Ausreißern unempfindlich ist.

H1b	<p>Friedman-Test, Wilcoxon-Test</p> <p>Analog zu H1a wurden auch hier jeweils mehrere verbundene, ordinal skalierte Einschätzungen derselben Teilnehmenden verglichen. Auch hier rechtfertigte die Verletzung der Normalverteilung den Einsatz nichtparametrischer Verfahren.</p>
H1c H1d	<p>Ranghäufigkeit und deskriptive Analyse, Korrelationsanalysen (Spearman), logistische Regressionen</p> <p>Da es sich bei der Auswahl um nominale Mehrfachantworten handelte, erfolgte die Auswertung zunächst deskriptiv. Zur Analyse möglicher Zusammenhänge mit den Burnout-Ausprägungen kam die Spearman-Rangkorrelation zum Einsatz, ein robustes Verfahren für nicht normalverteilte Variablen. Zusätzlich wurden logistische Regressionen durchgeführt, um zu prüfen, ob die Burnout-Ausprägung die Wahrscheinlichkeit der Wahl von bestimmten Anforderungen oder Ressourcen beeinflusst.</p>
H2a	<p>Kruskal-Wallis-Test, Mann-Whitney-U-Tests</p> <p>Da die Gruppierung (Ja/Vielleicht/Nein) nominal und der abhängige Wert (Burnout-Ausprägung) nicht normalverteilt war, wurde das nichtparametrische Verfahren des Kruskal-Wallis-Tests eingesetzt. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mithilfe von Mann-Whitney-U-Tests geprüft. Ergänzend konnten in einer Mehrfachauswahl bevorzugte Unterstützungsaktivitäten ausgewählt werden, die in einem deskriptiven Bericht von beobachteten Häufigkeiten dargestellt wurden.</p>
H2b	<p>Logistische Regression</p> <p>Die dichotome Variable <i>Begleitung gewählt: ja/nein</i> wurde mittels binärer logistischer Regression analysiert. Dabei wurde jeweils nur ein Prädiktor (Burnout-Ausprägung) aufgenommen.</p>
H2c	<p>Häufigkeitsanalyse, qualitative Kategorisierung</p> <p>Da es sich um offene Freitextangaben handelte, wurde eine qualitativ-inhaltliche Kategorisierung ergänzt durch eine einfache Häufigkeitszählung vorgenommen. Eine statistische Prüfung war nicht vorgesehen, da keine paarweisen Vergleiche durchgeführt wurden.</p>
H2d	<p>Cochran-Q-Test, McNemar-Tests</p> <p>Die Mehrfachnennungen der bevorzugten Kostenbeteiligten wurden als verbundene dichotome Daten ausgewertet. Zweck des Cochran-Q-Tests ist es, Unterschiede zwischen mehr als zwei verbundenen Gruppen zu prüfen. Für die paarweisen Vergleiche wurden McNemar-Tests eingesetzt.</p>

5 Ergebnisse

5.1 Deskriptive Statistik – Burnout Prävalenz in der Stichprobe

Der Tabelle 6 ist die Burnout-Ausprägung der Teilnehmenden ($N = 119$) unterteilt in persönliches Burnout, arbeitsbezogenes Burnout und die Erschöpfung der beiden Bereiche zusammen als Burnout-Gesamt zu entnehmen. Die durchschnittliche Burnout-Ausprägung lag auf der Skala von 0 bis 100 bei $M = 50.2$ ($SD = 17.4$) für persönliches Burnout, $M = 63.0$ ($SD = 16.7$) für arbeitsbezogenes Burnout und bei $M = 57.1$ ($SD = 15.6$) für den Gesamtwert.

Um zu prüfen, ob die Burnout-Ausprägung signifikant von einem theoretischen Mittel von 50 abwich, wurde ein Ein-Stichproben- t -Test durchgeführt. Für das persönliche Burnout zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($t(118) = 0.13, p = .895$). Dagegen waren die Mittelwerte für das arbeitsbezogene Burnout ($t(118) = 8.52, p < .001$) und den Gesamtwert ($t(133) = 4.98, p < .001$) signifikant höher als der Vergleichswert.

Die Effektstärken nach *Cohen's d* lagen für das arbeitsbezogene Burnout bei 0.78 (mittlerer bis grosser Effekt) und für das Gesamt-Burnout bei 0.46 (mittlerer Effekt), was auf praktisch bedeutsame hohe Werte der arbeitsbezogenen und Gesamt-Burnout-Werte hinwies.

Von den 119 Teilnehmenden waren 20 Personen (17%) bereits wegen Burnout in Behandlung.

Tabelle 6
Burnout-Ausprägung der Stichprobe, unterteilt in persönliches, arbeitsbezogenes Burnout und Gesamt-Burnout mit Signifikanzprüfung und Effektgrössen

Anmerkung: * Signifikanter Unterschied zu Skalenmittelwert ($p < .001$)

	Persönliches Burnout	Arbeitsbezogenes Burnout	Gesamt- Burnout
Mittelwert (M)	50.21	63.03	57.11
Standardabweichung (SD)	17.39	16.68	15.57
Minimum	12.50	21.43	21.15
Maximum	95.83	100.00	92.31
Signifikanz	t -Wert	0.13	8.52
	p -Wert	.895	< .001
Effektgrössen (Cohen's d)	0.01	0.78	0.46

Was die Einteilung in die vier Personas betraf, so ordneten sich 50 Personen (42%) zur Persona *Frustrierte:r Kämpfer:in* und 13 Personen (11%) zur Persona *Erschöpfte Person* zu. Die Zuordnung der Teilnehmenden ($n = 101$) zu einer der vier Personas stand in signifikantem Zusammenhang mit der Ausprägung im persönlichen Burnout ($\chi^2(3) = 12.61$,

$p = .006$), arbeitsbezogenen Burnout ($\chi^2(3) = 24.89, p < .001$) sowie Gesamt-Burnout ($\chi^2(3) = 19.68, p < .001$). In allen drei Bereichen zeigten sich bei den Post-hoc-Tests signifikante Unterschiede bzgl. Burnout-Werten. Personen, die sich als *Begeisterte:r Idealist:in* einstufen, wiesen durchgängig signifikant geringere Burnout-Werte auf als jene, die sich den Personas *Frustrierte:r Kämpfer:in* oder *Erschöpfte Person* zuordneten. Zusätzlich zeigten sich bei der arbeitsbezogenen sowie gesamtheitlichen Burnout-Ausprägung signifikante Unterschiede zwischen den Personas *Gebremste:r Enthusiast:in* und *Erschöpfte Person*. In Abbildung 1 sind die durchschnittlichen Burnout-Ausprägungen pro Persona in den drei Burnout-Bereichen dargestellt.

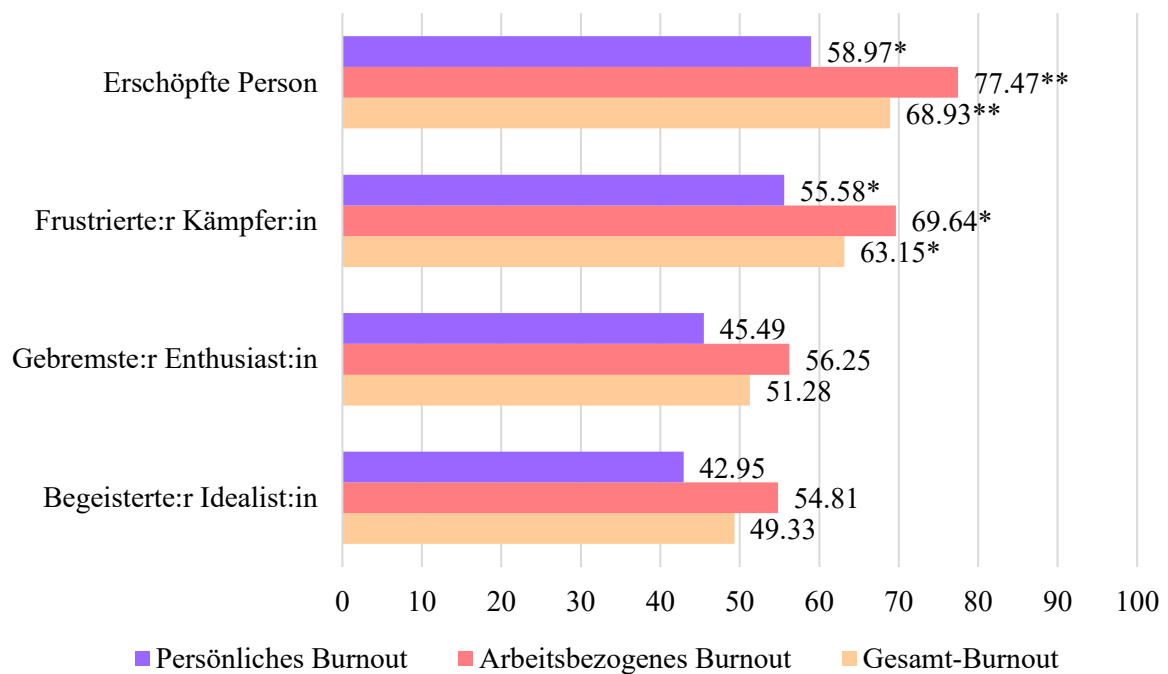


Abbildung 1. Durchschnittliche Burnout-Ausprägung pro Persona in den drei Burnout-Bereichen (Persönlich, Arbeitsbezogen, Gesamt)

Anmerkung: In allen drei Bereichen (persönliches, arbeitsbezogenes und Gesamt-Burnout) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Personas (Kruskal-Wallis-Test, alle $p < .01$). * Höher als Begeisterte:r Idealist:in. ** Höher als Begeisterte:r Idealist:in und Gebremste:r Enthusiast:in.

5.2 Unterstützungswünsche je nach Kontext

1a – Es bestehen Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung zwischen den Kontexten *privat*, *beruflich* und *professionell*.

In Abbildung 2 ist die Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung in den drei Bereichen *privat*, *beruflich* und *professionell* aufgeteilt in die vier Skalen illustriert. 96 Teilnehmende (87%, $M = 3.53$, $SD = .77$) schätzten die Unterstützung aus dem privaten Umfeld als am entscheidendsten ein (eher wichtig und sehr wichtig). An zweiter Stelle folgte die Unterstützung im beruflichen Umfeld, die von 84 Teilnehmenden (77%, $M = 3.11$, $SD = .79$) als wichtig eingeschätzt wurde (eher wichtig und sehr wichtig). Im professionellen Kontext wurde die Wichtigkeit der Unterstützung am niedrigsten bewertet – so gaben 72 Teilnehmende (65%, $M = 2.83$, $SD = 0.93$) an, diese als wichtig zu erachten (eher wichtig und sehr wichtig). Der Friedman-Test ergab signifikante Unterschiede in der wahrgenommenen Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung je nach Kontext ($\chi^2(2) = 42.41$, $p < .001$). Die mittleren Ränge lagen bei 2.39 für das Privatleben, 1.93 für den Berufsalltag und 1.68 für den professionellen Rahmen. Die Post-hoc-Analysen mittels Wilcoxon-Tests zeigten, dass die Wichtigkeit im privaten Bereich signifikant höher eingeschätzt wurde als im beruflichen ($Z = -3.88$, $p < .001$) und professionellen Kontext ($Z = -5.71$, $p < .001$). Auch der berufliche Kontext wurde signifikant wichtiger eingeschätzt als der professionelle ($Z = -2.55$, $p = .009$). Alle Unterschiede blieben auch nach der Bonferroni-Korrektur ($\alpha = .017$) signifikant.

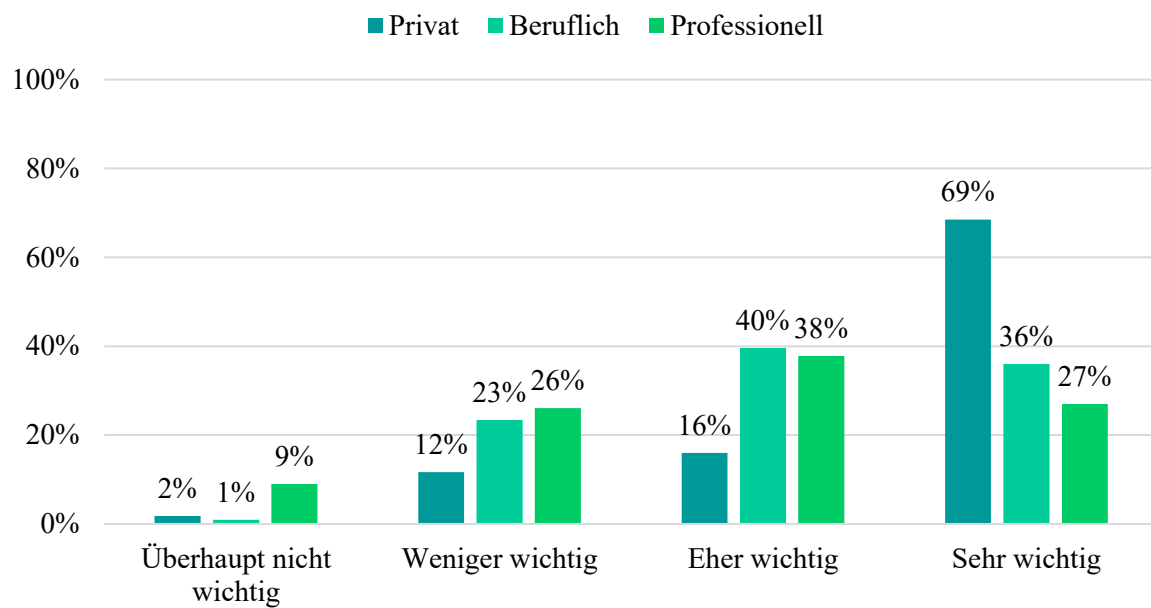


Abbildung 2. Einteilung der Stichprobe ($n = 111$) in die vier Skalen zur Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung im privaten, beruflichen und professionellen Kontext.

Zusatzanalyse: Wichtigkeit der Unterstützung und Burnout-Ausprägung

Es wurden die Zusammenhänge zwischen der Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung und den Burnout-Ausprägungen (persönlich, arbeitsbezogen und gesamt) betrachtet und mittels Spearman-Rangkorrelationen untersucht. Dabei zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit professioneller Unterstützung und den Burnout-Ausprägungen (persönlich: $r_s = .300, p = .002$; arbeitsbezogen: $r_s = .291, p = .002$; gesamt: $r_s = .334, p < .001$). Zusätzlich korrelierte die Bedeutsamkeit beruflicher Unterstützung signifikant mit arbeitsbezogenem Burnout ($r_s = .216, p = .023$). Die Relevanz privater Unterstützung zeigte einen schwachen, aber signifikanten Zusammenhang mit persönlichem Burnout ($r_s = .194, p = .041$). In Abbildung 3 sind die Korrelationen aufgeteilt in arbeitsbezogenes und persönliches Burnout sowie Gesamt-Burnout je nach Unterstützungsbereich dargestellt.

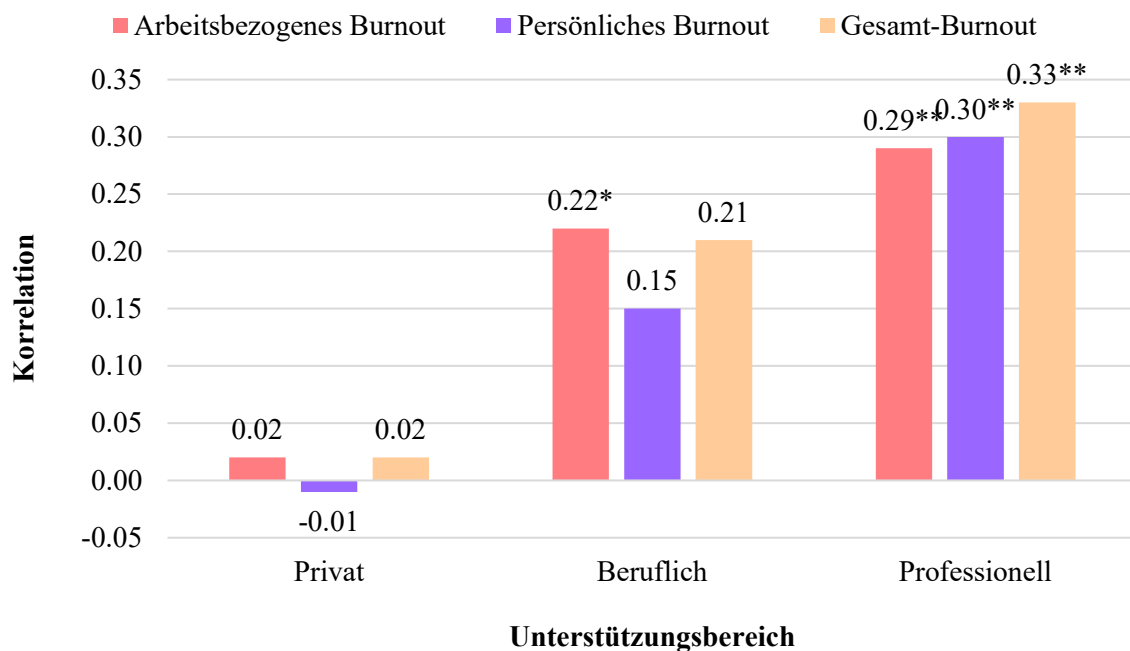


Abbildung 3. Korrelation der angegebenen Wichtigkeit von Unterstützung in den Kontexten *privat*, *beruflich* und *professionell* im Zusammenhang mit der persönlichen und arbeitsbezogenen Burnout-Ausprägung.

Anmerkung: * = $p < .05$ (signifikant), ** = $p < .01$ (hochsignifikant)

1b – Es gibt Unterschiede in der wahrgenommenen Unterstützungsfähigkeit verschiedener Akteur:innen in den Kontexten *privat*, *beruflich* und *professionell*.

Betreffend das Privatleben wurde die Unterstützung durch Lebenspartner:innen durchschnittlich am höchsten bewertet ($M = 2.74, SD = 0.56$). Es folgten die Unterstützung aus dem Freund:innenkreis ($M = 2.53, SD = 0.64$) und vonseiten der Eltern ($M = 2.22, SD = 0.80$), während die Unterstützung durch Geschwister am niedrigsten bewertet wurde ($M = 2.00, SD = 0.85$). Der Friedman-Test ergab signifikante Unterschiede in der wahrgenommenen Unterstützung durch die verschiedenen Akteur:innen im privaten Umfeld ($\chi^2(3) = 59.516, p < .001$). In Abbildung 4 sind die drei Unterstützungsfelder *privat*, *beruflich* und *professionell* mit den mittleren Rängen der verschiedenen Akteur:innen in Bezug auf die jeweilige Unterstützungsfähigkeit dargestellt.

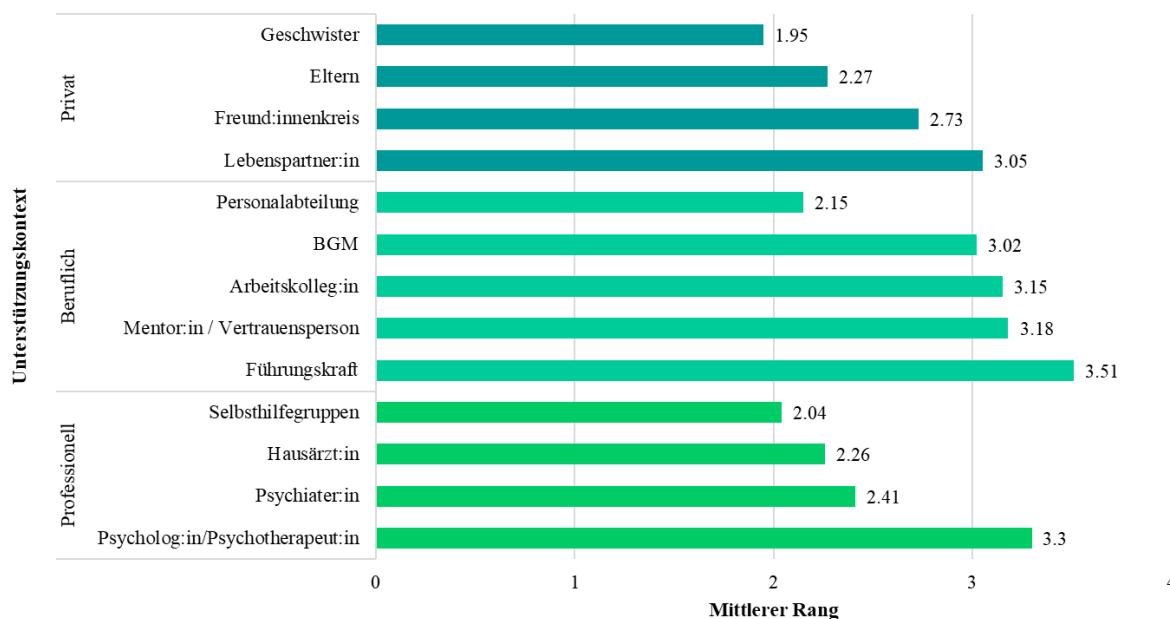


Abbildung 4. Mittlere Ränge der wahrgenommenen Unterstützungsfähigkeit verschiedener Akteur:innen in den Kontexten privat, beruflich und professionell.

Die höchste durchschnittliche Bewertung gemäss dem Test lag bei der Unterstützung durch Lebenspartner:innen mit einem mittlerem Rang 3.05, worauf der Freund:innenkreis (2.73), die Eltern (2.27) und Geschwister (1.95) folgten. Post-hoc-Vergleiche mit Bonferroni-Korrektur offenbarten, dass die wahrgenommene Unterstützung durch Lebenspartner:innen signifikant höher war als jene durch Geschwister ($p < .001$) sowie durch Eltern. Zusätzlich wurde die Unterstützung aus dem Freund:innenkreis signifikant höher eingeschätzt als jene durch Geschwister ($p = .001$).

Die Unterstützung durch die Führungskraft wurde im beruflichen Rahmen am höchsten bewertet ($M = 2.35, SD = 0.70$). Danach folgten die Unterstützung durch Mentor:innen bzw. Vertrauenspersonen ($M = 2.16, SD = 0.79$) und diejenige durch Arbeitskolleg:innen ($M = 2.16, SD = 0.73$). Am niedrigsten wurde die Unterstützung durch die Personalabteilung bewertet ($M = 1.63, SD = 0.73$). Der Friedman-Test zeigte einen signifikanten Unterschied in der wahrgenommenen Unterstützung der fünf untersuchten Akteur:innen ($\chi^2(4) = 39.864, p < .001$). Post-hoc-Vergleiche mit Bonferroni-Korrektur führten zur Feststellung, dass die Unterstützung durch die Personalabteilung signifikant schlechter bewertet wurde als diejenige durch alle anderen Akteur:innen ($p < .05$). Die Führungskraft erhielt den höchsten mittleren Rang ($M = 3.51$), die Personalabteilung den niedrigsten ($M = 2.15$).

Bei der Einschätzung der professionellen Unterstützung durch die vier Akteur:innen *Hausärzt:in*, *Psychiater:in*, *Psycholog:in/Psychotherapeut:in* und *Selbsthilfegruppen* zeigte sich nach Anwendung des Friedman-Tests ein signifikanter Unterschied ($\chi^2(3) = 125.92$, $p < .001$). Die mittleren Ränge der wahrgenommenen Unterstützungsfähigkeit lagen bei $M = 3.30$ für Psycholog:innen/Psychotherapeut:innen, $M = 2.41$ für Psychiater:innen, $M = 2.26$ für Hausärzt:innen und $M = 2.04$ für Selbsthilfegruppen. Die paarweisen Wilcoxon-Tests ergaben nach Bonferroni-Korrektur signifikante Unterschiede zwischen der Unterstützungsquelle *Psycholog:in/Psychiater:in* und allen anderen Quellen (alle $p < .001$). In Bezug auf die professionelle Unterstützung notierten 17 Teilnehmende unter *Andere* weitere Akteur:innen. Genannt wurden: Hypnosetherapeutin, Craniotherapeutin, Berufsberatung, Supervision, Intervision, Politik, Coaching, leicht zugängliche Angebote an Hochschulen/Universitäten, Sozialarbeiter, Beratungsstellen, TCM, Kinesiologie, Angebote von Arbeitnehmerorganisationen, Naturheilpraktiker.

1c – Die Häufigkeit der Nennung verschiedener Anforderungen im beruflichen Kontext unterscheidet sich; manche Anforderungen werden häufiger genannt als andere.

In Abbildung 5 sind alle Anforderungen, die als belastend benannt werden konnten, in einer Rangreihenfolge – absteigend von der am häufigsten bis hin zur am seltensten ausgewählten – dargestellt. Die drei am häufigsten ausgewählten Anforderungen waren *emotionale Anforderungen* (Umgang mit schwierigen Personen oder emotional belastenden Situationen), *hohe Arbeitsbelastung* (übermäßige Arbeitsmenge und -intensität) sowie *widersprüchliche Anforderungen* (unklare oder widersprüchliche Arbeitsanweisungen).

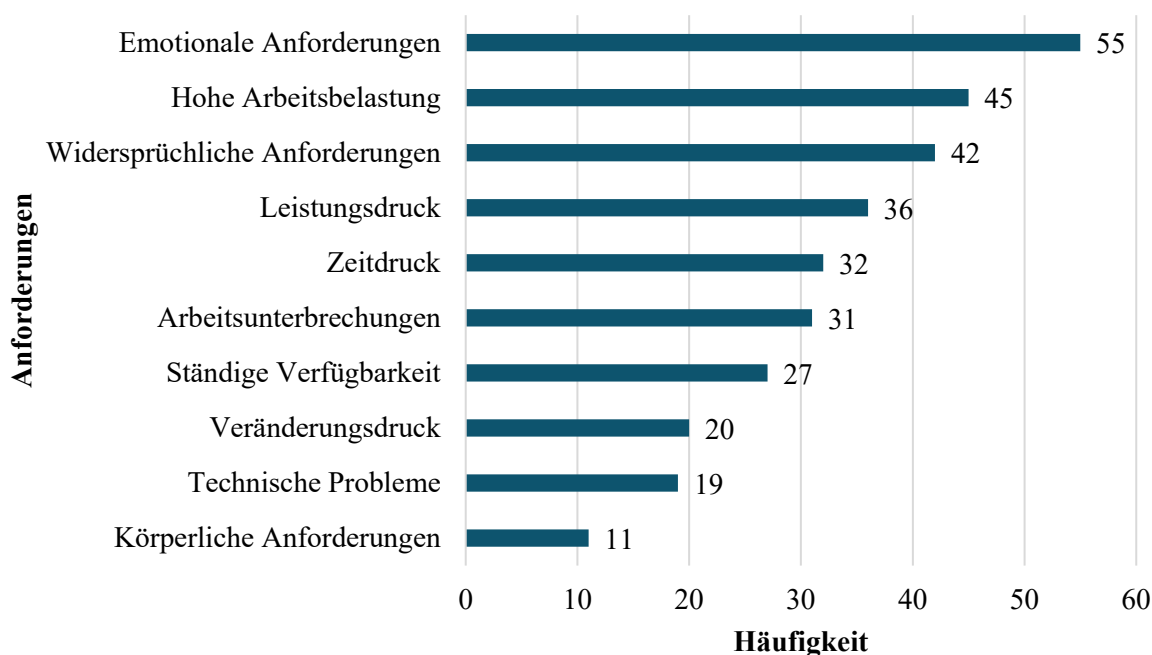


Abbildung 5. Verschiedene Anforderungen sortiert nach Häufigkeit der Nennung

Zusätzlich zu den vorgegebenen Anforderungen konnten die Teilnehmenden in einem offenen Textfeld weitere notieren, die sie als belastend empfinden, was insgesamt 38 von ihnen taten. Die offenen Angaben wurden in einer Tabelle zusammengefasst und, wenn möglich, den vorgegebenen Anforderungen zugeordnet. Die detaillierte Darstellung dieser Tabelle ist in Anhang J ersichtlich. Die am häufigsten genannten weiteren Anforderungen konnten den Kategorien *Hohe Arbeitsbelastung*, *Zeitdruck*, *Leistungsdruck* sowie *Emotionale Anforderungen* zugeordnet werden. Auch Anforderungen wie ständige Verfügbarkeit, Arbeitsunterbrechungen und widersprüchliche Anforderungen wurden wiederholt als belastend angegeben. Bei der Auswertung der offenen Angaben zeigte sich eine inhaltliche Übereinstimmung mit den standardisierten Anforderungen. Zum Beispiel beschrieben Teilnehmende strukturelle Überlastungen wie Personalmangel oder die Zunahme an Aufgaben ohne entsprechende Erweiterung von Ressourcen, was der Anforderung *Hohe Arbeitsbelastung* zugeordnet wurde. Weitere Angaben, z. B. fehlende Struktur durch Führung, unterschiedliche Auffassungen im Team, unklare Aufgaben oder veränderte Rollenerwartungen, wurden der Anforderung *Widersprüchliche Anforderungen* zugeordnet. Mehrfach wurden auch psychosoziale Belastungen wie fehlendes Vertrauen, wenig Unterstützung im Team oder toxische Teamdynamiken genannt, die allesamt der Anforderung *Emotionale Anforderungen* zugeordnet wurden. Einige offene Angaben

konnten keiner der vorgegebenen Anforderungen zugeordnet werden, beispielsweise Unzufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung, keine Möglichkeit zum Ausgleich aufgrund finanzieller Situation oder eine fehlende Passung zwischen Tätigkeit und Kompetenzen.

Zusatzanalysen: Anforderungen und Burnout-Ausprägung

Für die weitere Betrachtung der Anforderungen wurde mittels Korrelationsanalysen geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen ihnen und den Burnout-Ausprägungen gab. Dabei wurden 98 Fälle betrachtet, in denen exakt drei Anforderungen ausgewählt worden waren. Insgesamt gaben sich keine starken Korrelationen zwischen den Anforderungen und den Burnout-Ausprägungen zu erkennen. Die höchsten Zusammenhänge traten bei Arbeitsunterbrechungen auf, die mit dem persönlichen Burnout ($r = .348, \rho = .362$) und Gesamt-Burnout ($r = .266, \rho = .300$) moderat korrelierten. Weiter zeigten sich bei der Anforderung *Verfügbarkeit* mittlere Zusammenhänge mit dem arbeitsbezogenen Burnout ($r = .926, \rho = .961$) und dem Gesamt-Burnout ($r = .616, \rho = .573$).

In einer weiteren Zusatzanalyse wurde mittels logistischer Regression bestimmt, wie stark die Ausprägung *Gesamt-Burnout* die Auswahlwahrscheinlichkeit der Anforderungen beeinflusste. Hier wurden alle 119 Fälle berücksichtigt und die Anzahl gewählter Anforderungen als Kovariate eingefügt. Die Analyse erbrachte, dass das Gesamt-Burnout in keinem der Modelle einen signifikanten Einfluss auf die Auswahl einzelnen Anforderungen hatte (alle p-Werte $> .05$). Dagegen zeigte sich bei mehreren Anforderungen ein signifikanter oder grenzwertig signifikanter Einfluss der Anzahl gewählter Anforderungen. Bei emotionalen Anforderungen war dieser Effekt signifikant ($B = 0.628, p = .041, \text{Exp}(B) = 1.87$), so auch bei widersprüchlichen Anforderungen ($B = 1.146, p = .022, \text{Exp}(B) = 3.15$). Für Zeitdruck ($B = 1.174, p = .053$) und Arbeitsunterbrechungen ($B = 1.725, p = .058$) lagen die p-Werte knapp über dem Signifikanzniveau, was auf eine Tendenz hindeutete. Diese Ergebnisse wiesen darauf hin, dass Teilnehmende mit einer höheren Gesamtzahl gewählter Anforderungen spezifische Belastungen wie emotionale oder widersprüchliche Anforderungen mit grösserer Wahrscheinlichkeit auswählten.

1d – Die Häufigkeit der Nennung verschiedener Ressourcen im beruflichen Kontext unterscheidet sich; manche Ressourcen werden häufiger genannt als andere.

Abbildung 6 enthält eine Darstellung aller Ressourcen, die als unterstützend ausgewählt werden konnten, in einer Rangreihenfolge von der am häufigsten bis zur am seltensten ausgewählten. Die drei am häufigsten ausgewählten Ressourcen waren soziale Unterstützung (Unterstützung durch Kolleg:innen und Vorgesetzte), Autonomie (Entscheidungsfreiheit und Kontrolle über die eigene Arbeit) und Work-Life-Balance (Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben).

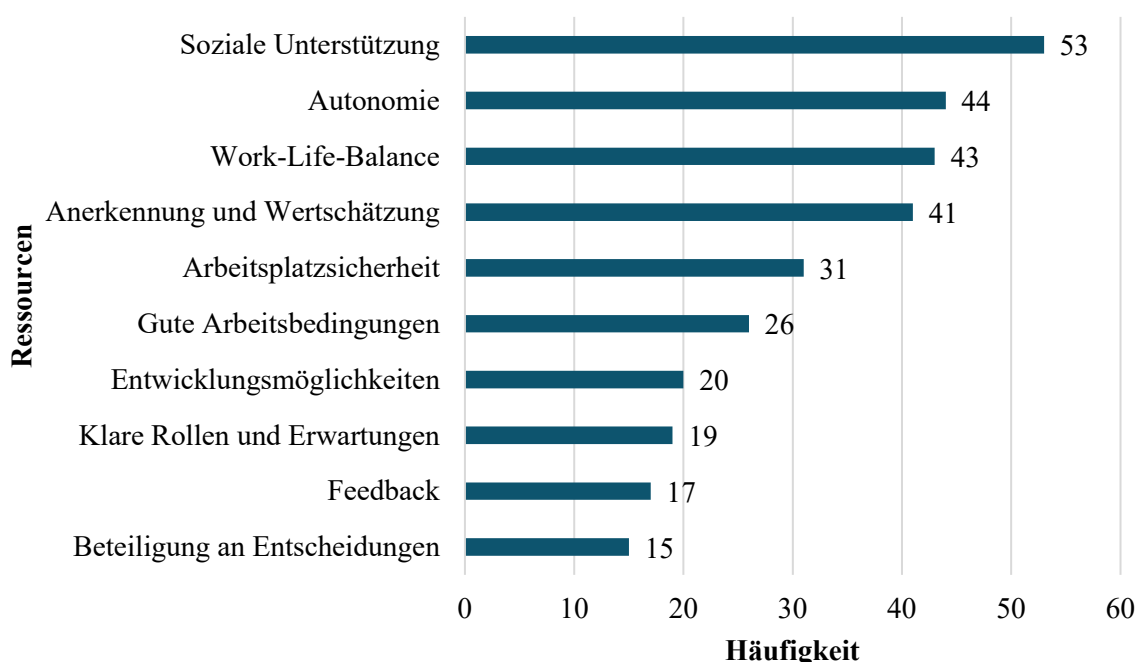


Abbildung 6. Verschiedene Ressourcen sortiert nach Häufigkeit der Nennung

Zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten konnten weitere Ressourcen in einem offenen Textfeld angegeben werden. Die Anzahl der hier getätigten Angaben war im Vergleich zu derjenigen bei den Anforderungen geringer, es liessen sich aber einige inhaltliche Schwerpunkte identifizieren. Mehrmals genannt wurden Aspekte zum Themenfeld der Anerkennung und Wertschätzung, insbesondere in Form von Dankbarkeit. Auch gute Arbeitsbedingungen waren massgeblich – diesbezüglich wurden genügend Pausen, Ruhe im Home-Office oder bessere Löhne genannt. Ein weiterer Themenbereich betraf die Work-Life-Balance, z. B. durch Bewegung, Sport, Zeit in der Natur oder die Möglichkeit, flexibel und unkompliziert freie Tage zu beziehen. Zudem wurden Entwicklungsmöglichkeiten angesprochen, beispielsweise in Form von regelmässigen

Schulungen oder individueller Persönlichkeitsentwicklung in der Freizeit. Vereinzelt wurden konstruktives Feedback, klare Rollen sowie ein Mass an Autonomie in der Arbeitszeitgestaltung als weitere Ressourcen genannt. Die detaillierte Darstellung der Ressourcen ist in Anhang K ersichtlich.

Zusatzanalysen: Ressourcen und Burnout-Ausprägung

Für die weitere Betrachtung der Ressourcen wurde mittels Korrelationsanalysen geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen ihnen und Burnout-Ausprägungen gab. Dabei wurden 88 Fälle betrachtet, in denen exakt drei Ressourcen ausgewählt worden waren. Die Analyse ergab mehrere signifikante negative Zusammenhänge. Besonders deutlich zeigte sich der Zusammenhang bei der Ressource *Klare Rollen und Erwartungen*, die sowohl mit arbeitsbezogenem Burnout ($r = -.296, p = .005$) als auch mit dem Gesamt-Burnout ($r = -.254, p = .017$) negativ korrelierte. Auch die Ressource *Autonomie* stand in signifikant negativem Zusammenhang mit persönlichem Burnout ($r = -.236, p = .027$) und dem Gesamt-Burnout ($r = -.236, p = .027$). Die Ressource *Work-Life-Balance* hatte einen signifikanten negativen Zusammenhang mit arbeitsbezogenem Burnout ($r = -.296, p = .005$).

In einer weiteren Zusatzanalyse wurde mittels logistischer Regression bestimmt, wie stark die Ausprägung *Gesamt-Burnout* die Auswahlwahrscheinlichkeit der Ressourcen beeinflusste. Hier wurden alle 119 Fälle berücksichtigt und die Anzahl gewählter Ressourcen als Kovariate eingefügt. Die Ausprägung *Gesamt-Burnout* war nur bei der Ressource *Klare Rollen und Erwartungen* signifikant ($B = .041, p = .021, \text{Exp}(B) = 1.042$). Hier zeigte sich ein positiver Einfluss von Burnout auf die Wahrscheinlichkeit dieser Ressourcenwahl. Die Anzahl gewählter Optionen war bei mehreren Ressourcen ein signifikanter Prädiktor: der sozialen Unterstützung ($B = .656, p = .027, \text{Exp}(B) = 1.93$), Anerkennung und Wertschätzung ($B = .868, p = .041, \text{Exp}(B) = 2.38$), guten Arbeitsbedingungen ($B = 1.129, p = .009, \text{Exp}(B) = 3.09$) und der Work-Life-Balance ($B = 1.115, p = .010, \text{Exp}(B) = 3.05$). In diesen Fällen war die Auswahlwahrscheinlichkeit für die jeweilige Ressource signifikant höher bei Teilnehmenden, die insgesamt mehr Optionen auswählten.

5.3 Ylah® als digitale Anwendung

2a – Die Burnout-Ausprägung steht in Zusammenhang mit der Bereitschaft der Zielgruppe, das Angebot von ylah® zu nutzen.

Von den 115 Teilnehmenden, die die Frage zur Bereitschaft zur Angebotsnutzung beantworteten, hätten 37 (43%) das Angebot in ihrer aktuellen Situation genutzt, 57 (66%) es vielleicht genutzt und 21 (24%) es in ihrer aktuellen Situation nicht genutzt. Der Kruskal-Wallis-Test ergab einen signifikanten Unterschied in der Ausprägung *Gesamt-Burnout* zwischen den Gruppen ($\chi^2(2) = 7.05, p = .030$). Die Bereitschaft zur Nutzung des Angebots von ylah® hing signifikant mit der Ausprägung des Gesamt-Burnouts zusammen. Personen mit höherer Ausprägung im Gesamt-Burnout zeigten tendenziell eine grössere Bereitschaft, das Angebot von ylah® zu nutzen. Besonders der Unterschied zwischen den Gruppen *Ja* und *Nein* näherte sich nach Bonferroni-Korrektur der Signifikanzschwelle an ($p = 0.021$). Tabelle 7 sind die Post-hoc-Vergleiche der Ausprägung Gesamt-Burnout nach Bereitschaft zur Angebotsnutzung mittels Mann-Whitney-U-Tests zu entnehmen.

Tabelle 7
Post-hoc-Vergleiche Ausprägung Gesamt-Burnout nach Bereitschaft zur Angebotsnutzung

Gruppenvergleich	U	Z	p-Wert (2-seitig)	Interpretation (Bonferroni-korrigiert)
Ja vs. Vielleicht	791.00	-2.04	.041	Signifikant
Ja vs. Nein	246.50	-2.30	.021	Signifikant
Vielleicht vs. Nein	492.00	-1.20	.230	Nicht signifikant

In Abbildung 7 ist die Verteilung der Ausprägung *Gesamt-Burnout* in Abhängigkeit von der Bereitschaft, das Angebot von ylah® zu nutzen, dargestellt. Bei Betrachtung wird deutlich erkennbar, dass der Medianwert wie auch die Spannweite mit zunehmender Nutzungsbereitschaft stieg.

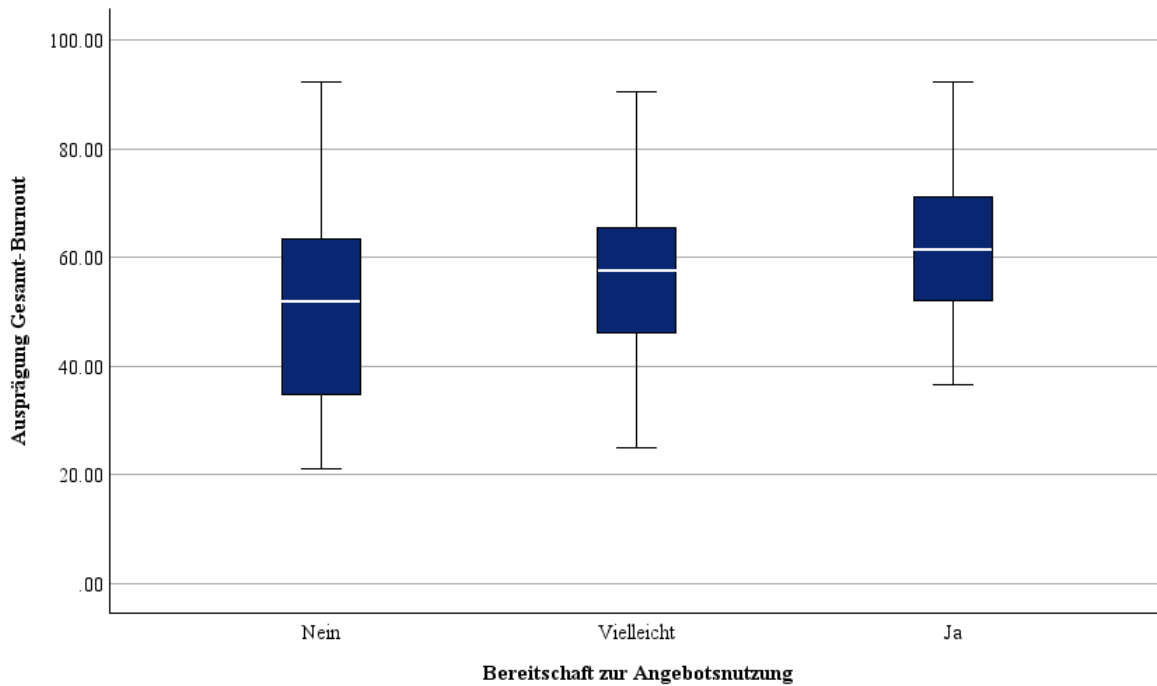


Abbildung 7. Boxplot der Ausprägung Gesamt-Burnout nach Bereitschaft zur Nutzung des Angebots von ylah®

Zusatzanalyse: Aktivitäten

Die Teilnehmenden konnten zu elf unterschiedlichen Aktivitäten angeben, ob sie diese in ihrer aktuellen Situation anwenden würden, wobei eine Mehrfachauswahl möglich war. Wie in Abbildung 8 dargestellt, offenbare die Häufigkeitsanalyse, dass Aktivitäten in den Bereichen *Stressbewältigung* (z. B. Problemlösungsstrategien entwickeln, kognitive Umstrukturierung anwenden), *Selbstreflexion* (z. B. Tagebuch führen, Gedankenmuster analysieren), *Energiehaushalt* (z. B. Selbstfürsorge-Routinen nutzen), *Entspannung* (z. B. Atemtechniken anwenden und progressive Muskelentspannung üben) und *Achtsamkeit* (z. B. Meditation praktizieren, Body-Scan durchführen) am häufigsten ausgewählt wurden.

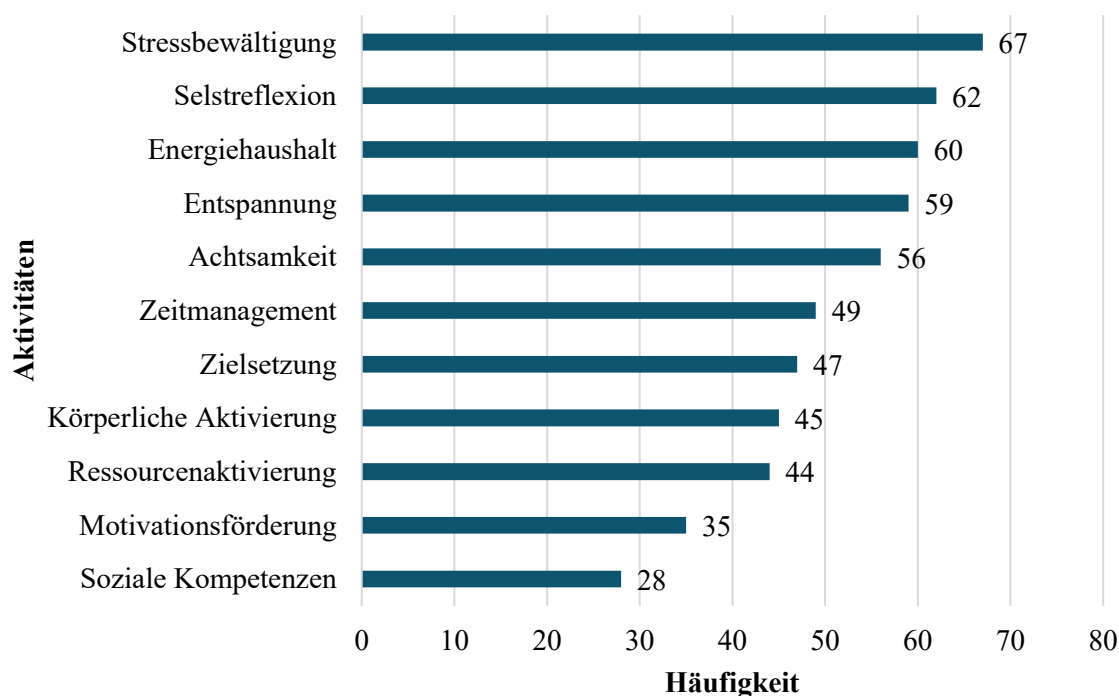


Abbildung 8. Verschiedene Aktivitäten sortiert nach Häufigkeit der Nennung

2b – Die Burnout-Ausprägung steht in Zusammenhang mit dem Wunsch nach Begleitung durch externe Fachpersonen im Blended-Setting.

In der Tabelle 8 sind die Häufigkeiten und Korrelationen der einzelnen Begleitungen mit dem Wunsch nach Begleitung durch eine externe Fachperson dargestellt. Insgesamt wählten 58% der Teilnehmenden eine externe Fachperson als gewünschte Begleitung im Blended-Setting. Deutlich seltener wurden andere Begleitungen wie das betriebliche Gesundheitsmanagement (24%) und die Führungskraft (20%) genannt. Am seltensten wurden Arbeitskolleg:innen (13%) und die Personalabteilung (11%) als Wunschbegleitung ausgewählt.

Zwischen dem Wunsch nach Begleitung durch eine externe Fachperson und anderen Begleitungen zeigten sich teils signifikante negative Zusammenhänge. Der Wunsch nach Begleitung durch eine externe Fachperson korrelierte signifikant negativ mit dem Wunsch nach Begleitung durch eine Führungskraft ($r = -.293, p < .01$), durch Arbeitskolleg:innen ($r = -.241, p < .01$) sowie durch die Personalabteilung ($r = -.193, p < .05$).

Tabelle 8
Häufigkeiten und Korrelationen der einzelnen Begleitungen mit Externe Fachperson

Begleitung	n (ausgewählt)	Prozent (ausgewählt)	Korrelation mit Externe Fachperson
Führungskraft	24	20.2%	-.293
Arbeitskolleg:in	15	12.6%	-.241
BGM	28	23.5%	-.130
Personalabteilung	13	10.9%	-.193
Mentor:in/Vertrauensperson	27	22.7%	-.149
Externe Fachperson	89	58.0%	1.0

Um zu ermitteln, wie stark die Ausprägung im Gesamt-Burnout die Wahrscheinlichkeit beeinflusste, dass Teilnehmende eine Begleitung wählen würden, wurden sechs separate binär-logistische Regressionen durchgeführt. Als abhängige Variable wurden jeweils die Begleitung durch Führungskraft, Arbeitskolleg:in, BGM, Personalabteilung, Mentor:in/Vertrauensperson sowie externe Fachperson und als unabhängige Variable die Ausprägung im Gesamt-Burnout gewählt. In keinem der Modelle zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung im Gesamt-Burnout und der Wahl der jeweiligen Begleitung. In Tabelle 9 sind die Ergebnisse aller sechs logistischen Regressionen zusammengefasst.

Tabelle 9
Logistische Regressionen zum Zusammenhang zwischen der Ausprägung Gesamt-Burnout und Wahl der Begleitung

Begleitung	Exp(B)	p-Wert	95%-Konfidenzintervall
Mentor:in/Vertrauensperson	1.025	.090	0.996–1.055
Externe Fachperson	1.000	.979	0.976–1.023
BGM	1.001	.926	0.974–1.029
Arbeitskolleg:in	1.002	.931	0.967–1.037
Führungskraft	1.010	.510	0.981–1.040
Personalabteilung	1.010	.587	0.973–1.049

2c – Teilnehmende nennen mehr Vorteile (Mehrwert) als Bedenken im Zusammenhang mit der Bereitschaft zur Nutzung des Angebotes von ylah®.

Die offenen Textfelder, in denen die Teilnehmenden Vorteile und Bedenken äussern konnten, wurden mit zwei neuen Variablen kodiert, anhand derer die Inhalte im ersten Schritt quantitativ erfasst wurden. Die Häufigkeitsanalyse zeigte, dass 77 Aussagen zu

Vorteilen und 54 Aussagen zu Bedenken von insgesamt 60 Teilnehmenden geäußert wurden.

Die Befragten gaben an, in der digitalen Anwendung ein grosses Potenzial zu sehen. Mehrmals wurden der Nutzen in der Überbrückung von Wartezeiten, die Möglichkeit einer frühzeitigen Unterstützung sowie die niedrigere Hemmschwelle für Hilfesuchende genannt. Auch die Effizienz wurde mehrmals als Vorteil identifiziert, insbesondere im Hinblick auf Zeitersparnis, die Vorbereitung auf Sitzungen, in Bezug auf Therapeut:innen wie auch Patient:innen und die strukturierte Selbstreflexion. Positiv hervorgehoben wurden ausserdem die flexible Nutzung, die Möglichkeit zur eigenständigen Auseinandersetzung mit der Problematik und die Verfügbarkeit konkreter Übungen. Die Teilnehmenden äusserten überdies den Vorteil, dass die digitale Anwendung dabei unterstütze, Verläufe zu dokumentieren, Entwicklungen nachzuvollziehen und Therapiesitzungen gezielter zu gestalten. Einige Befragte schilderten zudem, dass das Angebot helfe, sich zwischen den Sitzungen nicht allein zu fühlen. Auch die langfristige Verfügbarkeit der Anwendung und die strukturierte Organisation an einem Ort wurden geschätzt.

Als ursächlich für Bedenken wurde am häufigsten der fehlende persönliche Kontakt genannt, insbesondere bei komplexen Verläufen oder hohem Leidensdruck. Ein weiterer Aspekt zur Sorge, der wiederholt geäußert wurde, war der des Datenschutzes. Teilnehmende berichteten, an der sicheren Verarbeitung und Verwendung der sensiblen Daten zu zweifeln. Weitere Bedenken bezogen sich auf die geringe Individualisierbarkeit der Inhalte, den erhöhten Aufwand in der Therapie und die Gefahr einer Überforderung, z. B. durch zusätzliche Aufgaben oder eine verstärkte Eigenverantwortung. Einzelne Personen gaben an, sich angesichts des digitalen Formats eher belastet oder allein gelassen zu fühlen, insbesondere ohne persönliche Begleitung. Weiter riefen praktische Hürden wie mangelnde Verbindlichkeit, fehlende Selbstinitiative oder technologische Abneigung Bedenken hervor. Zudem wurde der zeitliche Mehraufwand für Therapeut:innen angesprochen, der beispielsweise aus der Notwendigkeit zur zusätzlichen Vorbereitung oder aufgrund fehlender Abrechnungsmöglichkeiten entstehe. Vereinzelt Bedenken betrafen die Frage nach der wissenschaftlichen Fundierung und ethischen Vertretbarkeit digitaler Angebote.

2d – Teilnehmende nennen am häufigsten die Versicherungen (z. B. Krankenkassen) als bevorzugte Kostenbeteiligte.

Wie in Abbildung 9 visualisiert, wählten von den 119 Teilnehmenden 78% die Versicherung (z. B. Krankenkasse) als Kostenbeteiligte, gefolgt von Arbeitgeber:in (52%) und der betroffenen Person selbst (22%). Im Zuge des Cochran-Q-Tests zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Nennungen der drei Optionen ($\chi^2(2) = 68.84$, $p < .001$). Mittels der anschliessenden paarweisen McNemar-Tests mit Bonferroni-Korrektur wurde bestätigt, dass die Versicherung signifikant häufiger als Kostenbeteiligte ausgewählt wurde als die betroffene Person selbst ($p < .001$) oder auch die Arbeitgeber:innen ($p < .001$).

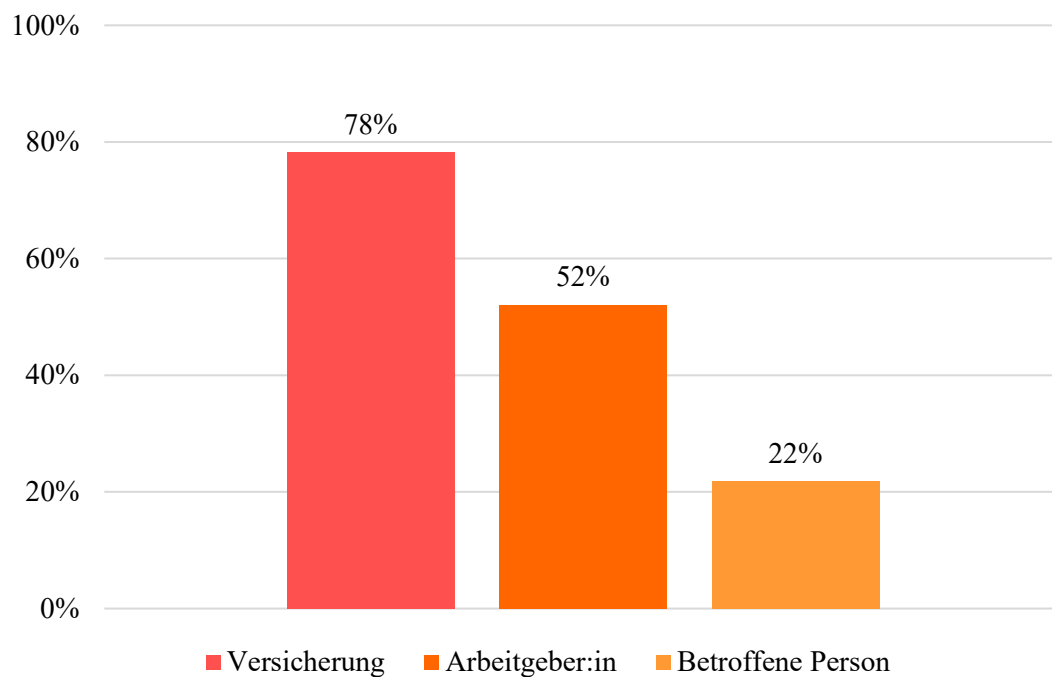


Abbildung 9. Häufigkeitsverteilung der bevorzugten Kostenbeteiligung in Prozent

5.4 Organisationale Perspektiven auf Sekundärprävention

Wahrnehmung und Rolle der Sekundärprävention

In den Interviews wurde die Sekundärprävention grundsätzlich als essenzielles Element der betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben. Einige der befragten Personen betonten, dass der Zugang zu den betroffenen Mitarbeitenden eine grundlegende Voraussetzung für eine wirksame Unterstützung sei. Wenn dieser Zugang gelinge, könnten Massnahmen als hilfreich erlebt werden – vor allem, wenn sie frühzeitig ergriffen würden. In mehreren Gesprächen wurde der Aspekt der Früherkennung hervorgehoben, verbunden mit dem Hinweis, dass eine rechtzeitige Begleitung oftmals schweren, durch hohe Belastung gekennzeichneten Verläufen entgegenwirken könne.

Die Bandbreite der beschriebenen Unterstützungsformen reichte von Gesprächen zur Normalisierung von Reaktionen über psychoedukative Ansätze bis hin zur Sensibilisierung des Umfelds. In einzelnen Gesprächen wurde ausgesagt, dass die Sekundärprävention auch dazu diene, den betroffenen Personen eine Art Erlaubnis zu vermitteln, sich Unterstützung zu holen. Die Akzeptanz der eigenen Belastungsgrenzen wurde dabei als Voraussetzung dafür verstanden, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Auch die strukturelle Verankerung von Gesundheitsthemen im Unternehmen sprachen mehrere Personen an. In einigen der befragten Organisationen bestünden bereits Angebote wie Stressbewältigungskurse oder psychosoziale Beratung. Teilweise gebe es sogar spezialisierte Präventionsteams. Die Sekundärprävention wurde dabei als verbindendes Element zwischen primärpräventiven Angeboten und tertiärer Unterstützung gesehen.

Erfahrung mit Massnahmen und deren Wirksamkeit

Die interviewten Personen schilderten ausnahmslos gute Erfahrungen mit konkreten Massnahmen der Sekundärprävention – vor allem dann, wenn diese niederschwellig seien und sich gut in den Arbeitsalltag integrieren liessen, würden sie als hilfreich empfunden. Genannt wurden unter anderem kurze Achtsamkeitsübungen, strukturierte Tagespläne und unterstützende Gespräche nach belastenden Ereignissen. Diese Interventionen sollen es ermöglichen, Mitarbeitende frühzeitig zu stabilisieren, ohne dass gleich eine therapeutische Begleitung notwendig wird.

Gleichzeitig wurde wiederholt angemerkt, dass die Wirksamkeit solcher Massnahmen stark von den jeweiligen Rahmenbedingungen abhängen. So könne beispielsweise ein

Stressmanagementkurs wenig bewirken, wenn der Arbeitsalltag der betroffenen Person keine Spielräume zur Umsetzung des Gelernten liesse – beispielsweise aufgrund dauerhaft hoher Arbeitsbelastung. Eine unterstützende Teamkultur und eine offene Kommunikation im Betrieb wurden mehrfach als wichtige Begleitfaktoren genannt.

Als weitere zentrale Einflussgrösse für die Wirksamkeit von Massnahmen wurde die Management-Attention erwähnt. Je mehr Priorität Gesundheitsthemen auf Ebene der Geschäftsleitung beigemessen werde, desto grösser sei die Wirkung gesundheitsfördernder Initiativen. Auch die Schlüsselfunktion der Führungskräfte wurde in den Gesprächen deutlich gemacht. Als wichtige Elemente, um eine frühzeitige Unterstützung zu ermöglichen, wurden Schulungen zur gesunden Führung oder zur Erkennung psychischer Belastungen genannt. In einigen Organisationen sei das Thema der Gesundheit bereits fester Bestandteil von Onboarding-Prozessen und Führungsweiterbildungen. Dies könne laut einzelnen Personen zu einer offeneren Gesprächskultur beitragen. In diesem Zusammenhang wurden auch Pilotprojekte, die objektiv messbare und subjektiv spürbare Verbesserungen zeigen, als vielversprechende Ansätze geschildert.

Herausforderungen in der Umsetzung

Neben den genannten Nutzeffekten wurden in den Interviews allerdings auch verschiedene Herausforderungen beschrieben. Eine häufig genannte Schwierigkeit war, dass psychische Belastungen oft nicht frühzeitig erkannt oder ernst genommen würden – weder von den Betroffenen selbst noch von ihrem Umfeld. Manchmal würden Signale verharmlost oder mit persönlichen Schwächen gleichgesetzt. In einem Beispiel wurde dies als klassischer Attributionsfehler beschrieben, bei dem Belastungssymptome vorschnell der Persönlichkeit der betroffenen Person zugeschrieben werden, statt sie im Kontext organisationaler oder sozialer Bedingungen zu betrachten. Gleichzeitig wurde die Sorge genannt, dass Begriffe wie *Burnout* zu unscharf oder inflationär verwendet würden. Dies könne zu Missverständnissen führen und eine gezielte Unterstützung erschweren. Einige Personen merkten an, dass nicht alle Menschen in gleicher Weise auf Belastungen reagieren und dass individuelle Lebensumstände, persönliche Werte oder Vorerfahrungen massgeblich seien. Dies spreche für einen flexiblen und differenzierten Umgang mit Präventionsangeboten.

Auch strukturelle und kulturelle Hürden wurden mehrfach genannt – darunter etwa hoher Zeitdruck, die geringe Priorisierung von Gesundheitsthemen im Alltag oder Unsicherheiten im Umgang mit psychischer Gesundheit. Auf Führungsebene bestehe teils die Erwartung,

mit einfachen Massnahmen schnelle Lösungen zu erzielen, was dem komplexen Charakter von Gesundheitsprozessen jedoch nicht immer gerecht werde.

Vertrauen wurde als zentrale Voraussetzung genannt: Mitarbeitende müssten sich sicher fühlen, Belastungen ansprechen zu können, ohne Konsequenzen zu befürchten. Eine solche Vertrauenskultur sei nicht selbstverständlich, könne aber durch offene Kommunikation und klares Engagement der Organisation gefördert werden.

Hinweise auf systemische Lücken

In einigen Interviewaussagen wurde zudem auf strukturelle Übergangsprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen hingewiesen, beispielsweise beim Wechsel von der Klinik in den Alltag oder zwischen stationären, ambulanten und betrieblichen Angeboten. Dabei fehle es laut mehreren Einschätzungen oft an klaren Ansprechpersonen, Koordination und Transparenz über weiterführende Angebote. Diese Übergänge wurden als empfindlich beschrieben, da sie für Betroffene mit Unsicherheit und Orientierungsverlust verbunden sein können. Aus Sicht einiger Gesprächspartner:innen wäre eine übergeordnete Stelle hilfreich, die Zuständigkeiten klärt und eine verbindliche Schnittstelle schafft.

5.5 Erweiterung von ylah® durch Prävention

Erfahrungen und Gedanken zum Einsatz von ylah® in der Sekundärprävention

In den Interviews wurde der Einsatz von ylah® grundsätzlich als interessant und potenziell hilfreich beschrieben, insbesondere im Rahmen der Sekundärprävention. Gleichzeitig wiesen Expert:innen, die ylah® bereits einsetzten, darauf hin, dass die Wirksamkeit stark davon abhänge, wie gut das Programm zur jeweiligen Person und Situation passe. In einigen Fällen wurde die Anwendung als sinnvoll erlebt, in anderen erwies sie sich als weniger nützlich. So wurde beispielsweise berichtet, dass die Inhalte für eine Person die ein Coaching in Anspruch nahm zu stark an eine therapeutische Situation erinnerten und daher nicht geeignet waren. In einem anderen Fall wiederum wurde die Einschätzung gegeben, dass das Tool hilfreich gewesen wäre, zu dem Zeitpunkt jedoch noch nicht bekannt war. Diese Beispiele zeigen, dass der Einsatz individuell abgestimmt erfolgen sollte.

Von Expert:innen, die ylah® bereits einsetzten, wurde geschildert, dass das Tool vielfältige Einsatzmöglichkeiten biete – von der Psychoedukation über die Zielklärung bis hin zur Nachsorge. Vor allem liessen sich mithilfe von ylah® auch Personen unterstützen, die sich in einer Übergangsphase befänden, also mit Belastungen zu tun hätten, aber (noch) keine Psychotherapie benötigten oder wünschten. Gerade in Situationen, in denen keine Therapieplätze verfügbar sind oder es Wartezeiten gibt, wurde der Einsatz als entlastend beschrieben.

Ein weiterer Aspekt, der zur Sprache kam, war die Motivation der betroffenen Personen. Einige Interviewpartner:innen berichteten, dass Menschen mit bereits fortgeschrittenen Symptomen oft nicht die Energie aufbrächten, um eigenständig mit einem digitalen Tool zu arbeiten. In früheren Stadien hingegen scheine dies eher möglich zu sein. Hier wurde das Potenzial gesehen, Personen frühzeitig zu erreichen, bevor die Belastung zu gross wird.

Auch aus organisationaler Sicht wurde ylah® als spannende Ergänzung zu bestehenden Angeboten betrachtet. Die Möglichkeit, Mitarbeitende bereits im Vorfeld über ein digitales Tool zu informieren und ihnen Orientierung zu geben, wurde als hilfreich beschrieben – vor allem, da dadurch Beratungen gezielter starten könnten. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass die Kombination mit anderen Angeboten noch geprüft werden müsse.

In Bezug auf die praktische Umsetzung wurde darauf hingewiesen, dass viele betroffene Personen zwar theoretisch wüssten, was ihnen helfen könnte, dies im Alltag jedoch nicht verwirklichen können. Es wurde überlegt, ob eine begleitende Unterstützung, etwa durch psychiatrische Spitex, den Transfer in die Praxis erleichtern könnte. Die Interviewten erklärten, wie wichtig es sei, Überforderung und Druckaufbau zu vermeiden. Entscheidend sei nicht nur das Wissen, sondern auch dessen konkrete Anwendung im Alltag.

Voraussetzungen und Überlegung zur Einführung von ylah® in Organisationen

Aus den Interviews ging hervor, dass der mögliche Einsatz von ylah® in Organisationen unterschiedlich eingeschätzt wurde, je nachdem, um welche Branche, Zielgruppe und Situation es sich handelte. Eine Person eines Unternehmens, das sich bereits professionell mit psychologischen Themen befasst, erwähnte, dass ein solches digitales Angebot möglicherweise zu nah am eigentlichen Kerngeschäft angesiedelt sein könnte. Es wurde betont, dass der Einsatz zu den Strukturen und Aufgaben der jeweiligen Organisation passen müsse. Entscheidend scheint auch zu sein, wer das Tool einführt und wie dies geschieht. Einige Befragte bekräftigten, dass die Einführung nicht rein technisch erfolgen dürfe, sondern dass auch der psychologische Aspekt berücksichtigt werden müsse. Die Person, die ylah® im Betrieb einführt, sollte über entsprechende Fachkenntnisse verfügen, um den Umgang mit sensiblen Themen wie psychischer Gesundheit angemessen gestalten zu können. In einigen Aussagen kam auch zur Sprache, dass es wichtig sei, Mitarbeitende nicht zu verunsichern oder den Eindruck zu vermitteln, sie seien psychisch krank, nur weil sie mit psychologischen Begriffen in Kontakt kommen. Gerade wenn Mitarbeitende bislang wenig Berührung mit diesen Themen hatten, könne es zu Missverständnissen oder Verunsicherung kommen. Aus Sicht der Befragten sind daher ein sensibler Umgang und eine vorausschauende Kommunikation notwendig.

Trotz dieser Überlegungen wurde die mögliche Einführung von ylah® in Organisationen auch als etwas beschrieben, was zu einer interessanten Entwicklung beitragen könne. Einer ersten Pilotierung wurde in mehreren Gesprächen offen und optimistisch begegnet. Der Wunsch, zu prüfen, welche Themenbereiche mit dem Tool bedient werden könnten, wurde ebenfalls genannt.

Eine häufig genannte Sorge betraf den Datenschutz. Hier wurde zurückhaltend formuliert, dass dieser möglicherweise die grösste Hürde bei der Einführung darstellen könnte – insbesondere, wenn es gelte, sensible persönliche Informationen zu behandeln. Gleichzeitig

wurde auf die zunehmende Bedeutung der Digitalisierung hingewiesen, die auch in der Gesundheitsförderung immer relevanter wird.

Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Anwendung von ylah®

In mehreren Interviews wurde erläutert, dass die Einführung und Nutzung von ylah® in einem Betrieb gut durchdacht und klar eingebettet sein sollte. Wichtig sei vor allem, dass deutlich werde, wofür das Tool eingesetzt werden kann und wofür nicht. Mehrfach wurde erwähnt, dass es nicht Aufgabe sein dürfe, Mitarbeitende zu diagnostizieren oder zu pathologisieren. Vielmehr brauche es klare Strukturen, Verantwortlichkeiten und eine transparente Kommunikation, idealerweise mit Rückhalt aus der Unternehmensleitung. In diesem Zusammenhang wurde die professionelle und wissenschaftlich fundierte Grundlage von ylah® gelobt. Der Bogen zwischen Praxis und Wissenschaft wurde als wertvoll empfunden, da er das Angebot besonders glaubwürdig erscheinen lasse. Gleichzeitig wurde beteuert, dass das Tool nicht für jede Situation geeignet sei. Je nach Person oder Situation könne es sinnvoll sein, den Umfang individuell anzupassen. Manchen reiche vielleicht ein Modul, wohingegen andere eine intensivere Begleitung benötigten. In mehreren Gesprächen kam die Frage auf, ob das Tool auch ohne direkte Anbindung an eine Therapie sinnvoll genutzt werden könne. In diesem Zusammenhang wurde überlegt, ob es auch für Personen hilfreich sein könnte, die noch keinen Therapieplatz haben oder gar keine Therapie wünschen. Gerade im Hinblick auf die aktuelle Versorgungslage wurde ylah® als mögliche Unterstützung in der Zwischenzeit gesehen.

Ein weiteres häufig angesprochenes Thema war der Datenschutz. Einige der Interviewten fragten sich, inwieweit die Organisation die Nutzung nachvollziehen könne und was mit den Daten geschehe. Es wurde darüber diskutiert, ob eine anonyme Nutzung die Hemmschwelle senken könnte. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass es unabdingbar sei, die Mitarbeitenden gut zu informieren und Vertrauen aufzubauen, damit das Angebot auch angenommen würde. In Bezug auf die digitale Affinität der Zielgruppen gab es unterschiedliche Einschätzungen. Einige Befragte vermuteten, dass nicht alle Mitarbeitenden offen für ein digitales Tool wären. Andere wiederum waren überzeugt, dass den Mitarbeitenden mehr zuzutrauen sei, als oft angenommen werde. Gerade im präventiven Bereich sei es jedoch eine Herausforderung, genau jene Personen zu erreichen, die Unterstützung besonders benötigen, da oft diejenigen ein Angebot wahrnehmen, die ohnehin interessiert seien.

Ein weiteres Problem bestünde in der Frage nach der Bekanntheit des Angebots. Es wurde überlegt, wie Mitarbeitende überhaupt davon erfahren würden, dass es ylah® gibt, und wer als Multiplikator wirken könnte. Hier wurden Kooperationen mit Krankenkassen, Leistungserbringern oder anderen Organisationen als mögliche Wege gesehen. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass sich ein solches Angebot in urbanen Regionen vermutlich leichter etablieren lasse als in ländlichen Gegenden.

6 Interpretation und Diskussion

6.1 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurden die Bedürfnisse von erschöpften Personen mit einem erhöhtem Burnout-Risiko systematisch erfasst und das bestehende Angebot der Blended-Therapie von ylah® zum Zweck der Sekundärprävention wurde analysiert. Die Ergebnisse liefern wichtige Einblicke in die Art der gewünschten Unterstützung im privaten, beruflichen und professionellen Umfeld. Darüber hinaus ermöglichen sie eine differenzierte Betrachtung des digitalen Angebots von ylah® aus Sicht verschiedener Organisationen. Obwohl inferenzstatistische Verfahren eingesetzt wurden, ist zu beachten, dass die Stichprobe nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit ist. Die Ergebnisse sind daher nicht verallgemeinerbar, sondern geben Hinweise auf mögliche Zusammenhänge innerhalb der untersuchten Gruppe.

6.1.1 Burnout Prävalenz in der Stichprobe

In der Stichprobe ($N = 119$) war das arbeitsbezogene Burnout am höchsten ausgeprägt ($M = 63.0$), wobei einzelne Personen sogar den Maximalwert von 100 erreichten. Das persönliche Burnout lag tiefer, was darauf hindeutet, dass in der vorliegenden Stichprobe die Arbeitssituation im Vergleich zur persönlichen Situation als belastender wahrgenommen worden sein könnte. Die Prüfung der Abweichung von einem theoretischen Mittel von 50 ergab signifikante Unterschiede für das arbeitsbezogene Burnout und das Gesamt-Burnout. Diese beiden Werten hatten auch einen mittleren bis grossen Effekt nach *Cohen's d*, was auf eine praktische Bedeutsamkeit hinweist. Die Standardabweichung in den drei Burnout-Ausprägungen ($\sim 15\text{--}17$ Punkte) deutet auf eine starke Streuung hin, d. h., die individuelle Ausprägung variierte stark zwischen den Teilnehmenden. Die Auswertungen der drei Burnout-Skalen zeigten übereinstimmend, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung der Teilnehmenden in den Personas und der Höhe der Burnout-Ausprägung bestand. In allen drei Fällen wurden signifikante Unterschiede zwischen den Personas festgestellt. Personen, die sich den Personas *Frustrierte:r Kämpfer:in* und *Erschöpfte Person* zuordneten, wiesen systematisch höhere Burnout-Werte auf als diejenigen, die sich als *Begeisterte:r Idealist:in* einschätzten. Die Gruppe *Gebremste:r Enthusiast:in* nahm in allen Skalen eine mittlere Position ein, unterschied sich aber insbesondere im arbeitsbezogenen Burnout und Gesamt-Burnout signifikant von der Persona *Erschöpfte Person*. Die Untersuchung ergab zusätzlich, dass die höchsten Burnout-Werte bei

der Persona *Erschöpfte Person* zu finden waren, gefolgt von der Persona *Frustrierte:r Kämpfer:in*. Diese Tendenz war in den Boxplots klar ersichtlich und wurde durch die Post-hoc-Analysen bestätigt. Dies kann für die vorliegende Arbeit insofern positiv interpretiert werden, als die Ausprägung der Burnout-Skala darauf hindeutet, dass die Zielgruppe – wie durch die Zuteilung zu den Personas abermals offensichtlich wird – mit der Online-Befragung erreicht werden konnte.

6.1.2 Unterstützungswünsche je nach Kontext

Wichtigkeit der Unterstützung und Unterstützungsfähigkeit von Akteur:innen

Die Ergebnisse stützen die Hypothese 1a und zeigen, dass die Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung je nach Kontext variiert. Am wichtigsten wurde die Unterstützung aus dem privaten Umfeld eingeschätzt, gefolgt von beruflicher und zuletzt professioneller Unterstützung. Die Relevanz der gewünschten Unterstützung korrelierte je nach Kontext mit spezifischen Formen der Erschöpfung (z. B. persönliches Burnout mit privater Unterstützung, arbeitsbezogenes Burnout mit beruflicher Unterstützung). Die Bedeutsamkeit professionellen Rats zeigte einen positiven Zusammenhang mit allen Burnout-Ausprägungen. Dies könnte darauf hindeuten, dass, je stärker eine Person unter Burnout leidet – sei es privat, beruflich oder gesamt betrachtet –, desto wichtiger ihr professionelle Hilfe erscheint. Dies legt nahe, dass ein höheres Belastungserleben mit einem gesteigerten Bedürfnis nach professioneller Unterstützung einhergeht. Mit Verweis auf die Untersuchungen zur Unterstützungssuche wird dieser Aspekt im weiteren Verlauf nochmals aufgenommen. Das Ergebnis entspricht der beschriebenen Bedeutung von Ressourcen in beiden Lebensbereichen gemäss dem Work-Home-Resources-Modell von Ten Brummelhuis und Bakker (2012). Zeit, Energie und Aufmerksamkeit müssen sowohl im Arbeits- als auch im Privatleben verfügbar sein, um Belastungen ausgleichen zu können (Ten Brummelhuis & Bakker, 2012).

Emotionale und praktische Unterstützung durch nahe Bezugspersonen kann bei belastenden Arbeitssituationen ein Schutzfaktor sein. Soziale Unterstützung kann laut dem VSM als Puffer wirken und die Auswirkungen von Stress auf Personen mit erhöhter Vulnerabilität abmildern (Enav et al., 2024; Listopad et al., 2021). Weiter kann Hilfe aus dem privaten Kreis niederschwelliger zugänglich und oft mit weniger Stigmatisierung verbunden sein als professionelle Angebote. Im Privatleben wird die höchste Unterstützungsfähigkeit den Lebenspartner:innen zugeschrieben, gefolgt vom

Freund:innenkreis sowie von den Eltern und Geschwistern. Diese Einschätzung entspricht empirischen Studien zur Unterstützungssuche bei Erschöpfung, wonach private Bezugspersonen, insbesondere Lebenspartner:innen, die erste Anlaufstelle bilden, während berufliche oder professionelle Angebote oft erst in späteren Stadien genutzt werden (Bailey et al., 2023; Putnik et al., 2011). Hier lässt sich auch der erwähnte Zusammenhang der Wichtigkeit professioneller Unterstützung herstellen. Im beruflichen Bereich wurde vor allem die Unterstützung durch Führungskräfte als hilfreich eingestuft. Dies unterstreicht die Rolle von Führungskräften als zentrale zwischenmenschliche Ressource im Arbeitskontext. Ein Zusammenhang könnte darin liegen, dass diese Personen Handlungsspielraum und Einfluss haben und bei Problemen ebenso direkt wie lösungsorientiert unterstützen können. Die Distanz zu weiteren institutionellen Akteur:innen wie der Personalabteilung könnte auf mangelndes Vertrauen oder fehlende Wirksamkeitserwartung hindeuten. Die professionelle Unterstützung durch Psycholog:innen oder Psychotherapeut:innen wurde zwar als wertvoll bewertet, dabei jedoch nicht als erste Option, sondern eher als komplementär zur privaten und beruflichen Hilfe verstanden. Dies stimmt mit anderen Forschungsergebnissen überein, wonach externe Fachpersonen häufig erst spät im Belastungsverlauf kontaktiert werden (Bailey et al., 2023; Putnik et al., 2011). Gleichzeitig wurde bei der Überprüfung der Hypothese 2b festgestellt, dass 58% der Teilnehmenden eine Begleitung durch eine externe Fachperson im Blended-Setting bevorzugten. Diese Entscheidung steht jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit der Burnout-Ausprägung, sondern mit generellen Präferenzen. Primär bevorzugen viele Betroffene Unterstützung aus ihrem privaten oder beruflichen Umfeld.

Anforderungen und Ressourcen

Mit der Feststellung, dass die Befragten insbesondere emotionale Anforderungen, eine hohe Arbeitsbelastung und widersprüchliche Anordnungen als belastend empfanden, wird die Hypothese H1c gestützt, dass manche Anforderungen häufiger genannt werden als andere. In diesen Ergebnissen spiegeln sich die zentralen Annahmen zu Arbeitsanforderungen gemäss JD-R-Modell wider. Demnach führen Anforderungen, die anhaltende emotionale oder kognitive Anstrengung verlangen, zu Erschöpfung, wenn sie nicht durch Arbeitsressourcen kompensiert werden (Demerouti et al., 2001). Besonders auffällig war die hohe Bewertung emotionaler Anforderungen, etwa im Umgang mit schwierigen Personen oder belastenden Situationen. Dies weist auf eine starke emotionale

Erschöpfung im Arbeitsalltag hin, die als zentrales Merkmal eines Burnouts gilt (Matti et al., 2022). Auch in den offenen Angaben wurden zwischenmenschliche Faktoren im Arbeitsumfeld, wie ein toxisches Teamklima oder fehlendes Vertrauen, als belastend geschildert. Anhand von Zusatzanalysen konnten diese Befunde erweitert werden: So standen Arbeitsunterbrechungen in engem Zusammenhang mit persönlichem Burnout. Im Rahmen des JD-R-Modells lässt sich dies als Hinweis auf gestörte Erholungsprozesse interpretieren, da häufige Unterbrechungen die kontinuierliche Belastungsverarbeitung verhindern und so zur Erschöpfung beitragen können (Bakker & Demerouti, 2007). Dies spricht dafür, dass nicht nur die Arbeitsmenge, sondern auch weitere Faktoren wie fehlende Konzentrationsphasen in einen ausgelaugten Zustand münden können. In diesem Zusammenhang könnte es auch sein, dass erschöpfte Personen eher Konzentrationsschwierigkeiten haben, schneller abgelenkt sind oder dass ihnen Arbeitsunterbrechungen bewusster sind, weil sie sich mit mehr Gefühlsstärke an sie erinnern. Die hohe Korrelation zwischen Verfügbarkeit und dem arbeitsbezogenen und gesamtheitlichen Burnout zeigt, dass ständige Erreichbarkeit als gesundheitsschädlich erlebt werden kann. Laut VSM können diese Anforderungen auf Personen mit geringer Resilienz oder ungünstigen Bewältigungsstrategien besonders überfordernd wirken (Nahas et al., 2024; Rossi et al., 2023). Rossi et al. (2023) ermittelten auch, dass maladaptive Coping-Stile wie Vermeidung oder Passivität mit höherem Burnout-Risiko in Verbindungen stehen. Diese ungewöhnlich hohe Korrelation ist aber kritisch zu betrachten, da sie auf eine mögliche Konstruktüberschneidung hindeutet und inhaltlich ähnliche Formulierungen in den verwendeten Skalen bestehen könnten. Alternativ könnte auch eine geringe Varianz in der Variable *Verfügbarkeit* zu einer Überschätzung des Zusammenhangs beigetragen haben.

Die Ergebnisse sprechen für die Hypothese H1d, da nicht alle Ressourcen gleich häufig genannt wurden. Am häufigsten wurden die Ressourcen *Soziale Unterstützung*, *Autonomie* und *Work-Life-Balance* als unterstützend ausgewählt. Soziale Unterstützung kann dabei entweder instrumenteller oder emotionaler Natur – im Sinne von Bestärkung oder Verständnis – sein. Beides kann burnoutgefährdete Personen unterstützen. Autonomie ist eng mit Handlungsspielraum verbunden. Wie den theoretischen Ausführungen zu entnehmen war, reduziert Autonomie das Gefühl von Fremdbestimmung und trägt dazu bei, Belastungssituationen besser zu bewältigen (Bakker & Demerouti, 2007). Work-Life-Balance wurde ebenfalls als wesentliche Ressource erlebt, was mit dem Work-Home-Resources-Modell übereinstimmt (Ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Demnach sind

Personen vor Erschöpfung besonders gut geschützt, wenn sie über ausreichend Zeit, Energie und Erholung im privaten Umfeld verfügen. Interessant ist der negative Zusammenhang zwischen Burnout und der Ressource *Klare Rollen und Erwartungen*, der sich sowohl in der Korrelation als auch in der logistischen Regression zeigte. Personen mit hoher Burnout-Ausprägung scheinen konkrete Strukturen und Orientierung zu benötigen. Ein Grund könnte sein, dass diese Sicherheit und Handlungsklarheit im Zustand der Überforderung bieten.

Fazit Fragestellung 1

Der Wunsch nach Unterstützung ist im privaten Umfeld am stärksten ausgeprägt. Insbesondere Lebenspartner:innen und enge Bezugspersonen werden als wichtige Stütze erlebt, vermutlich da eine tiefere emotionale Verbindung zu ihnen besteht, sie sofort verfügbar sind und es keine formellen Hürden gibt. Die positive Korrelation zwischen persönlichem Burnout und der Wichtigkeit privater Unterstützung deutet darauf hin, dass Menschen mit emotionaler Erschöpfung primär in zwischenmenschlichen Bindungen eine Regulationsmöglichkeit sehen. Im beruflichen Bereich wird Unterstützung dagegen vornehmlich von Führungskräften und weniger von institutionellen Stellen wie der Personalabteilung gewünscht. Dies zeigt, dass Beziehungen und Handlungsspielraum möglicherweise bedeutender sind als formale Zuständigkeiten. Die Analyse ergab ausserdem, dass Personen mit einem erhöhten arbeitsbezogenen Burnout berufliche Unterstützung als relevanter einstufen. Dabei waren ihnen Ressourcen wie soziale Unterstützung, Autonomie, klare Rollen und Work-Life-Balance besonders wichtig, die auch als Puffer im JD-R-Modell wirken können. Sie können nicht nur Schutz, sondern auch Orientierung bieten, wenn Überforderung dominiert. Ein vertiefter Blick in den Themenblock zum Arbeitskontext zeigte, dass emotionale Anforderungen, eine hohe Arbeitsbelastung sowie widersprüchliche Erwartungen die am häufigsten genannten Belastungsfaktoren waren. Der Wunsch nach Unterstützung ergibt sich somit auch aus dem Bedürfnis nach Entlastung, Klarheit und Schutz vor Überforderung. Dies gewinnt insbesondere bei hohen Anforderungen und unklaren Zuständigkeiten an Relevanz. Professionelle Unterstützung, insbesondere durch Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen, wurde zwar wertgeschätzt, jedoch seltener als primäre Anlaufstelle genannt. Sie würde den Befragten zufolge eher dann aufgesucht, wenn die Belastung intensiver oder chronischer werde. Die Tatsache, dass externe Fachpersonen im Blended-Setting deutlich häufiger als Führungskräfte oder die Personalabteilung als

Wunschbegleitung genannt wurden, weist darauf hin, dass der Wunsch nach professioneller Unterstützung vorhanden ist. Mithilfe digitaler Angebote wie ylah® könnte hier eine Brücke zwischen informeller und formeller Unterstützung geschlagen werden.

6.1.3 Ylah® als digitale Anwendung

Burnout-Ausprägung und Nutzungsbereitschaft

Mit der ersten Hypothese der zweiten Fragestellung wurde der Zusammenhang zwischen Burnout-Ausprägung und Nutzungsbereitschaft untersucht. Von den 115 Teilnehmenden würden 43% ylah® in ihrer aktuellen Situation nutzen, 66% vielleicht und 24% nicht. Diese Ergebnisse stützen die Hypothese 2a: Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamt-Burnout und der Nutzungsbereitschaft für das digitale Angebot von ylah®. Die Tendenz lautet, dass ylah® umso mehr als unterstützend eingeschätzt wird, je höher die Burnout-Ausprägung ist. Die höhere Bereitschaft erschöpfter Personen könnte auch durch ein steigendes Problembewusstsein erklärbar sein. Aus der Befragung ging hervor, dass vor allem Aktivitäten zu Themen wie Stressbewältigung, Selbstreflexion, Energiehaushalt, Entspannung und Achtsamkeit nachgegangen würde. Diese Erkenntnis ist in Übereinstimmung mit in der Literatur als wirksam beschriebenen Komponenten der Blended-Therapie, insbesondere im Rahmen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Online-Interventionen zur Reduktion von Stress und Burnout (Bielinski et al., 2021; Feiler et al., 2021). Die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit scheint offen für digitale Unterstützung zu sein, was den Einsatz von ylah® in der Sekundärprävention bestärkt. Die Ergebnisse zeigen auch, dass bei ylah® bereits Übungen vorhanden sind, die den von Teilnehmenden gewünschten Aktivitäten entsprechen und so umgesetzt werden könnten. Zu beachten ist jedoch, dass auch andere Faktoren wie die digitale Affinität oder Bedenken gegenüber Technologie die Nutzungsbereitschaft beeinflussen könnten. Die Teilnehmenden hatten nur ein kurzes Video zum Einsatz von ylah® in der Blended-Psychotherapie gesehen, d. h., sie verfügten nur in geringem Umfang über Informationen zum Angebot. Es wurde auch nicht erhoben, welche Elemente von ylah® als besonders hilfreich oder hinderlich eingeschätzt wurden. In Bezug auf die Angebotsoptimierung oder -erstellung könnte dies wichtig sein.

Burnout-Ausprägung und Begleitung im Blended-Setting

Zudem wurde der Zusammenhang zwischen der Burnout-Ausprägung und dem Wunsch nach Begleitung durch externe Fachpersonen genauer betrachtet. 58% der Teilnehmenden benannten externe Fachpersonen als Wunschbegleitung im Blended-Setting und machten

diese die damit zur am häufigsten gewählten Option. Der Wunsch nach Begleitung durch externe Fachpersonen korrelierte negativ mit der Wahl anderer Begleitpersonen wie Führungskräften, Arbeitskolleg:innen und der Personalabteilung. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Mitarbeitende, die externe Fachpersonen bevorzugen, sich weniger interne oder organisationale Unterstützung wünschen. Für ylah® ist diese Erkenntnis wichtig, um zu berücksichtigen, welche Funktionen im Blended-Setting in der Sekundärprävention einer Organisation einbezogen werden sollten, und um zu begreifen, wie bedeutend die Rolle einer externen Begleitung ist. Die logistischen Regressionsanalysen zeigten jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Burnout-Ausprägung und der Wahl einer bestimmten Begleitung. Somit wird die Hypothese 2b statistisch nicht bestätigt. Gleichwohl unterstreichen die Ergebnisse die Relevanz professioneller Begleitung im digitalen Raum. Wie in den Ausführungen zum Konzept der Blended-Therapie beschrieben, kann die Verbindung von persönlicher und digitaler Betreuung die therapeutische Wirksamkeit erhöhen und niederschwellige Angebote in der Sekundärprävention ermöglichen (Berger et al., 2018; Bielinski et al., 2021). Diese scheint unabhängig vom Erschöpfungszustand als wertvoll und vertrauenswürdig wahrgenommen zu werden, was die Integration externer Fachpersonen in das Angebot der Sekundärprävention von ylah® unterstützen würde.

Vorteile und Bedenken

Bezüglich der zweiten Fragestellung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, ihre Bedenken sowie die Vorteile, die sie im Angebot von ylah® sehen, mitzuteilen. Es wurden 77 Aussagen zu Vorteilen und 54 Aussagen zu Bedenken kodiert. Hypothese 2c ist zu bestätigen: Die Teilnehmenden nannten mehr Vorteile als Bedenken im Zusammenhang mit der digitalen Anwendung ylah®. Die Aussagen zeigen auf, dass das Angebot insgesamt als hilfreich wahrgenommen wird – vor allem aufgrund der Zugänglichkeit, Flexibilität und Möglichkeit der frühzeitigen Nutzung. Die genannten Vorteile lassen sich gut in der Sekundärprävention verorten. Das Angebot wird mehrheitlich als leicht zugängliches, flexibles Tool betrachtet, das Menschen mit ersten Anzeichen von Erschöpfung oder beginnendem Burnout eine strukturierte und eigenständige Auseinandersetzung mit der Problematik ermöglicht, ohne dass sie sofort einen Therapieplatz in Anspruch nehmen müssen. Dies entspricht dem Ansatz der Sekundärprävention, die auf frühzeitige Interventionen bei gefährdeten Personen zielt, um ein Fortschreiten der Belastung zu verhindern (Habermann-Horstmeier & Lippke, 2021). Dennoch erhalten sie professionelle

Unterstützung und sind nicht auf sich allein gestellt. Die Möglichkeit, Wartezeiten zu überbrücken, unterstützt den präventiven Gedanken, frühzeitig aktiv zu werden. Weitere Vorteile wie die zeitliche Entlastung, die strukturierte Reflexion oder Vorbereitung gelten für beide beteiligte Seiten: sowohl die der Therapeut:innen als auch die der Patient:innen. Die Verfügbarkeit konkreter Übungen kann, unter Heranziehung des JD-R-Modells, als Ressource wirken, beispielsweise wenn andere personelle oder organisationale Ressourcen fehlen oder überlastet sind. Bedenken wurden dahingehend geäußert, dass digitale Angebote nicht für alle Personen gleich gut geeignet seien. Diese Aussage kann auch unter Berücksichtigung des VSM getroffen werden, da sich manche Personen durch digitale Tools eher überfordert oder allein gelassen fühlen könnten – insbesondere wenn sie nur geringfügig resilient oder in hohem Masse unsicher im Umgang mit Technik sind (Enav et al., 2024; Rossi et al., 2023). Auch wurde häufiger der fehlende persönliche Kontakt bemängelt. Dem kann jedoch entgegengehalten werden, dass es sich bei ylah® um ein Blended-Setting handelt, was bedeutet, dass es nie nur ein digitales Element bleiben wird, sondern immer mit einer Face-to-Face-Begleitung gekoppelt ist. Die Bedenken, dass das digitale Angebot an Grenzen stossen könnte, wenn komplexe oder hochbelastete Verläufe, in denen emotionale Nähe, Beziehung oder auch klinische Einschätzungen erforderlich sind, sind verständlich. In diesem Zusammenhang ist wichtig zu erwähnen, dass in der vorliegenden Arbeit das Angebot in der Sekundärprävention untersucht wurde, während die Notfallpsychologie oder ähnliche Gebiete kein Teil der Forschung waren. Zudem sorgten auch technologische Gegebenheiten, beispielsweise Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes, vermehrt für Vorbehalte. Hier ist anzumerken, dass ylah® als Medizinprodukt in der Schweiz zugelassen ist und höchste Datenschutz- und Sicherheitsstandards gewährleistet.

Kostenbeteiligung

Mit der Hypothese 2d wurde angenommen, dass die Versicherung der am häufigsten genannte bevorzugte Kostenbeteiligte sei. Tatsächlich wählten 78% der 119 Teilnehmenden Versicherungen (z. B. Krankenkassen) als bevorzugte Kostenbeteiligte aus – dies signifikant häufiger als Arbeitgeber:innen und die betroffene Person selbst. Somit wird die Hypothese 2d eindeutig bestätigt: Versicherungen werden mehrheitlich als bevorzugte Kostenbeteiligte genannt. Diese starke Präferenz für eine Finanzierung über die Versicherung, beispielsweise die Krankenkasse, könnte als Ausdruck des Wunsches nach niederschwelliger und gerechter

Versorgung gedeutet werden. Das könnte besonders für Personen relevant sein, die sich bereits in einem Zustand der Erschöpfung befinden und möglicherweise nicht über ausreichend finanzielle Mittel verfügen, um zusätzliche Angebote selbst zu finanzieren. Darüber hinaus könnte sich in diesem Untersuchungsergebnis die gesellschaftliche Erwartung ausdrücken, dass psychische Gesundheit Teil der regulären Gesundheitsversorgung sein sollte. Für die Sekundärprävention bedeutet dies, frühzeitig einzugreifen, um schwerwiegende Verläufe und langfristig höhere Kosten zu vermeiden.

Fazit Fragestellung 2

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Zielgruppe grundsätzlich bereit ist, das Angebot von ylah® zu nutzen, insbesondere bei bereits spürbarer Erschöpfung. Dies unterstützt den Ansatz der Blended-Therapie als niederschwellige Ergänzung zur klassischen Behandlung, wie sie in der aktuellen Forschung zunehmend diskutiert wird (Baumeister et al., 2018; Bielinski et al., 2021). Die signifikante Verbindung zwischen Burnout-Ausprägung und Nutzungsbereitschaft spricht dafür, dass das Angebot insbesondere für Personen mit erhöhtem Erschöpfungsniveau eine interessante Option darstellt. Die Offenheit gegenüber ylah® wurde darin sichtbar, dass die Befragten mehr Vorteile als Bedenken aufzählten. Besonders schätzten sie Aspekte wie zeitliche Flexibilität, strukturierte Selbstreflexion, konkrete Übungen und die Möglichkeit, Wartezeiten zu überbrücken. Gleichzeitig weisen die geäußerten Bedenken (z. B. fehlender persönlicher Kontakt, Datenschutz, Überforderung) auf die Grenzen digitaler Angebote hin und machen deutlich, wie wichtig eine klare Einbettung in das Blended-Setting ist. Der Wunsch nach professioneller Begleitung im Blended-Setting, insbesondere durch externe Fachpersonen, unterstreicht das Vertrauen der Zielgruppe in fachlich fundierte Unterstützung. Das entspricht Erkenntnissen aus Studien zur Unterstützungssuche, wonach externe Fachpersonen insbesondere dann hinzugezogen werden, wenn die Belastung als schwerwiegender erlebt wird (Bailey et al., 2023; Putnik et al., 2011). Auch wenn kein signifikanter Zusammenhang zur Burnout-Ausprägung festgestellt wurde, zeigt die häufige Nennung externer Fachpersonen, dass bei den Betroffenen der Wunsch nach dieser besteht. Entscheidend für die tatsächliche Nutzung ist die Kostenfrage: Die Mehrheit der Teilnehmenden sprach sich dafür aus, dass Versicherungen (z. B. Krankenkassen) die Kosten übernehmen sollten. Dies würde eine breite Nutzung unabhängig von der individuellen finanziellen Situation ermöglichen.

6.1.4 Organisationale Perspektiven auf Sekundärprävention

Die Interviews deuteten darauf hin, dass die Sekundärprävention in verschiedenen Fachbereichen als sinnvoller Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung angesehen wird. Hervorgehoben wurde insbesondere, dass Massnahmen der Sekundärprävention dabei helfen können, Mitarbeitende in einem frühen Stadium psychischer Belastung zu unterstützen, also in einer Phase, in der sie noch im Arbeitsalltag eingebunden sind. Dies wird auch in der Gesundheitspsychologie betont mit dem Ziel, erste Anzeichen zu erkennen und durch frühzeitige Interventionen das Fortschreiten einer Belastung zu verhindern (Habermann-Horstmeier & Lippke, 2021). In dieser Zeit scheinen niedrighschwellige und alltagstaugliche Angebote wie Gespräche, einfache Übungen oder eine unterstützende Tagesstruktur besonders hilfreich zu sein. Neben einer möglichen Entlastung für die betroffenen Personen wurden in einzelnen Gesprächen auch Vorteile für den Betrieb genannt, beispielsweise in Form einer möglichen Reduktion von Absenzen. Als Chancen wurden unter anderem die Förderung einer offenen Gesprächskultur, die Sensibilisierung von Führungskräften und der gezielte Einsatz von Programmen zur Früherkennung identifiziert. In einigen Organisationen gibt es bereits etablierte Massnahmen, z. B. Schulungen zur gesunden Führung, Angebote im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder Prozesse zur Begleitung von belasteten Mitarbeitenden. Laut einigen Aussagen wirken diese Massnahmen besonders gut, wenn sie flexibel an individuelle Situationen angepasst werden können. Gleichzeitig wurden auch verschiedene Herausforderungen angesprochen. Mehrere Personen schilderten, dass es oft schwierig sei, psychische Belastungen rechtzeitig zu erkennen – sei es bei sich selbst oder bei anderen. Hinzu kämen strukturelle Hürden wie Zeitmangel, unklare Zuständigkeiten oder Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema. Auch die Sorge, dass psychische Belastung stigmatisiert werden oder zu beruflichen Nachteilen führen könnte, wurde genannt. In einzelnen Gesprächen wurde zudem angemerkt, dass manchmal die Erwartung bestehe, mit einer einzelnen Massnahme eine schnelle Lösung zu erzielen, was dem vielschichtigen Charakter des Themas jedoch nicht gerecht wird. Ein weiterer Punkt, der vereinzelt erwähnt wurde, betrifft die Übergänge zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, beispielsweise zwischen Klinik, ambulanter Behandlung und Arbeitsplatz. Hier fehlt es aus Sicht mancher Befragten gelegentlich an klaren Ansprechpersonen oder einer übergreifenden Koordination, was eine Weiterführung von Unterstützungsangeboten erschweren kann.

Die Aussagen offenbarten, dass Sekundärprävention in den befragten Organisationen als wichtig wahrgenommen wird. Die Wirksamkeit von Massnahmen hängt laut den Expert:innen von verschiedenen Bedingungen ab, wie einer offenen Unternehmenskultur, passenden Rahmenbedingungen und einer guten Abstimmung zwischen den beteiligten Stellen.

6.1.5 Erweiterung von ylah® durch Prävention

Die Interviews zeigten, dass der Einsatz von ylah® in Organisationen grundsätzlich als sinnvoller und interessanter Ansatz wahrgenommen wird. Organisationen, die bereits Erfahrung mit dem Einsatz haben, verwiesen auf das Potenzial, Personen in Übergangsphasen zu unterstützen – etwa bei ersten Anzeichen von Belastung, wenn eine Therapie noch nicht gewünscht oder möglich ist. Gleichwohl hänge, wie mehrfach angemerkt wurde, der Nutzen letztlich stark von der Passung zur jeweiligen Person und Situation ab. Auch Organisationen, die ylah® (noch) nicht einsetzen, zeigten Interesse, teils verbunden mit der Bereitschaft zu Pilotprojekten. Laut den Befragten hängt eine gelungene Integration stark davon ab, wie das Tool eingeführt wird. Dabei sei es wichtig, klar zu vermitteln, wofür ylah® geeignet ist und wofür nicht. Die Gefahr, Mitarbeitende ungewollt zu pathologisieren, wurde als Schwachpunkt genannt. Entscheidend seien zudem die Personen, die das Tool begleiten. Fachliche Kompetenz und ein respektvoller Umgang mit psychischen Themen seien zentrale Voraussetzungen. Einige Befragte wiesen darauf hin, dass eine zu starke Nähe zu Therapiebegriffen Mitarbeitende verunsichern könne, insbesondere, wenn psychische Gesundheit im Betrieb bisher kaum thematisiert wurde. Als Chance wurde gesehen, dass ylah® Mitarbeitende frühzeitig informieren, ihnen Orientierung geben und Beratungen gezielter vorbereiten kann. Auch die Nutzung während der Wartezeiten auf eine Therapie wurde als hilfreich beschrieben. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass nicht alle Betroffenen die Energie hätten, eigenständig mit einem digitalen Tool zu arbeiten – erst recht nicht bei fortgeschrittener Belastung. Hinsichtlich der präventiven Funktionen wurde diskutiert, ob ylah® auch ohne direkten Therapiebezug wirksam sein könne. Ein individueller Zugang ist wichtig, da manche Personen mit wenigen Modulen gut zurechtkommen, während andere mehr Unterstützung benötigen. Damit wird im Einklang mit dem VSM festgehalten, dass die Wirkung von Stressoren auch von der individuellen Vulnerabilität und den verfügbaren Ressourcen abhängt (Listopad et al., 2021). Dass eine anonyme Nutzung möglich ist, wurde mehrfach als Vorteil genannt, insbesondere

im Hinblick auf den Datenschutz, der in vielen Gesprächen zu einem zentralen Thema wurde. Darüber hinaus wurden strukturelle Rahmenbedingungen wie digitale Affinität, Bekanntheit des Angebots und regionale Umsetzbarkeit diskutiert. Während Städte günstigere Bedingungen böten, stellten sich in ländlicheren Regionen Fragen zu Information, Zugang und Vernetzung. Kooperationen mit anderen Leistungsträgern wurden als Möglichkeit gesehen, die Reichweite und Wirksamkeit zu erhöhen.

Übergreifend lässt sich festhalten, dass ylah® sowohl für bereits nutzende als auch interessierte Organisationen vielversprechend scheint – vorausgesetzt, die Einführung erfolgt sensibel, gut begleitet und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Zielgruppen. Die Integration präventiver Funktionen wurde grundsätzlich gut bewertet, allerdings mit dem Einwand, dass es sich dabei nicht um eine standardisierte Lösung handle, sondern diese kontext- und personenabhängig gestaltet werden müsse.

6.2 Stärken der Studie

Eine zentrale Stärke dieser Arbeit ist der gelungene theoretische Beitrag. Es wurden geeignete Modelle ausgewählt, die sich nicht nur zur fundierten Herleitung der Forschungsfragen eigneten, sondern auch sinnvoll miteinander verbinden liessen. Diese theoretische Grundlage erwies sich als tragfähig für die Konzeption des Fragebogens und trug wesentlich zur Vertiefung des Verständnisses der Fragestellung bei. Auch aus methodischer Perspektive weist die Studie mehrere Stärken auf. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente erwiesen sich als valide und reliabel. Hervorzuheben ist insbesondere die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden, durch die ein umfassenderes Bild des untersuchten Phänomens gewonnen wurde. Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte theoriegeleitet und methodisch durchdacht, was eine sorgfältige und strukturierte Datenerhebung unterstützte. Die Interviews konnten innerhalb einer kurzen Zeitspanne durchgeführt werden und generierten dennoch eine Vielzahl relevanter und gehaltvoller Daten. Die einfache, aber zugleich effektive Durchführung erwies sich als besonders gelungen. Auch die Zusammensetzung der Stichprobe ist als Stärke zu werten. Es gelang, genau die Zielgruppe zu erreichen, die untersucht werden sollte: Personen mit erhöhter Erschöpfung und einem erhöhten Burnout-Risiko. Die Stichprobengrösse war zudem angemessen und erlaubte aussagekräftige quantitative Auswertungen. Ein weiterer zentraler Vorteil war der enge Praxisbezug: Durch die Zusammenarbeit mit einem Praxispartner wurde sichergestellt, dass die Ergebnisse nicht nur wissenschaftlich relevant sind, sondern

auch unmittelbar in der Praxis angewendet werden können. Erste Überlegungen zur Umsetzung und Gestaltung konkreter Produkte wurden bereits angestossen. Schliesslich wurde auch die Gestaltung des Online-Fragebogens von mehreren Teilnehmenden gelobt. Das Setting wurde als angenehm empfunden und bot Raum für persönliche Reflexion. Einzelne Teilnehmende meldeten zurück, dass sie sich durch die Auseinandersetzung mit dem Fragebogen auch belastender Situationen bewusst wurden. Sie erhielten begleitende Hinweise auf Unterstützungsangebote, was sie überwiegend als hilfreich erlebten. Die Autorin wertet diese emotionale Abstützung als besondere Stärke der Online-Erhebung.

6.3 Limitationen der Studie

Trotz ihrer Stärken weist die vorliegende Studie auch einige Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten – dies gilt insbesondere für die Zusammensetzung der Stichprobe. Die Teilnehmenden wurden überwiegend über das persönliche Netzwerk der Autorin rekrutiert, was zu einer gewissen Homogenität hinsichtlich Alter und Branche führte. Zudem hätte die Stichprobe grösser ausfallen können, um eine breitere Streuung der Merkmale zu gewährleisten und somit die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen. Ein weitere methodische Einschränkung liegt darin, dass entschieden wurde, beim Online-Fragebogen keine Vorauswahl der Teilnehmenden anhand eines definierten Erschöpfungsgrads vorzunehmen. Es hätte die Möglichkeit bestanden, mittels der CBI-Werte nur Personen mit erhöhtem Erschöpfungserleben zur weiteren Teilnahme zuzulassen, wovon jedoch bewusst abgesehen wurde. Die Autorin entschied sich dagegen, um den Teilnehmenden kein unmittelbares Feedback zu ihrem Erschöpfungszustand zu geben und damit potenzielle Irritationen oder Abbrüche zu vermeiden. Wie bei vielen psychologischen Studien handelte es sich auch hier um eine reine Selbstauskunft, was mit typischen Verzerrungsrisiken wie sozialer Erwünschtheit einhergegangen sein könnte. Zudem basierten nicht alle verwendeten Items auf validierten Skalen. Insbesondere bei den eigens entwickelten Zusatzfragen fehlte eine formale Validierung, was die Aussagekraft dieser spezifischen Ergebnisse eingeschränkt haben könnte. Das gewählte Design erlaubte keine Aussagen über Kausalitäten oder längerfristige Entwicklungen. Die Ergebnisse bieten daher vor allem Einblicke in momentane Zusammenhänge, nicht jedoch in zeitliche Verläufe oder Wirkmechanismen. Hinsichtlich der Übertragbarkeit ist anzumerken, dass sich die Ergebnisse auf ein spezifisches Angebot und eine ausgewählte Zielgruppe in der

Zusammenarbeit mit einer Praxispartnerin beziehen. Eine Verallgemeinerung für andere Settings oder Populationen ist daher nur eingeschränkt möglich.

6.4 Zukünftige Forschung

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden erste praxisnahe Einblicke in den Bereich der sekundären Burnout-Prävention gegeben und zugleich verschiedene Ansatzpunkte für weiterführende Forschungen aufgezeigt. Die theoretische Verbindung relevanter Modelle stellte sich als geeignet heraus, um die Fragestellungen zu diskutieren und passende Erhebungsinstrumente zu entwickeln. In zukünftigen Studien liesse sich daran anknüpfen, indem weitere Aspekte aus dem JD-R-Modell – neben Anforderungen und Ressourcen – im Zusammenhang mit Erschöpfung und unterschiedlichen Lebensbereichen empirisch überprüft werden, etwa die Wechselwirkung von beruflichen und privaten Anforderungen und Ressourcen oder der Einfluss individueller Unterschiede wie Resilienz oder Coping-Stile, die in neueren Erweiterungen des JD-R-Modells berücksichtigt werden (Bakker et al., 2023). Methodisch wäre es sinnvoll, die Erhebung mit einer grösseren und diverseren Stichprobe zu wiederholen. Dabei könnte eine gezielte Rekrutierung ausserhalb persönlicher Netzwerke helfen, ein breiteres Spektrum an Altersgruppen, Branchen und Belastungsgraden abzubilden. Ein weiterer Aspekt, der in zukünftiger Forschung berücksichtigt werden könnte, betrifft die regionale Umsetzbarkeit von Blended-Care-Angeboten. Dabei stellt sich unter anderem die Frage, ob solche Settings vorwiegend in urbanen Räumen Anwendung finden oder ob sie auch in ländlichen Gebieten effektiv implementierbar sind. Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoll, die regionale Verteilung von Psychotherapeut:innen und Kliniken näher zu analysieren. Zudem wäre zu prüfen, in welchem Ausmass Organisationen – abhängig von ihrer Grösse und ihren verfügbaren Ressourcen – entsprechende Angebote überhaupt einführen können. Insbesondere kleinere Betriebe verfügen häufiger über lediglich eingeschränkte personelle und finanzielle Mittel sowie über geringere interne fachliche Kompetenzen im Bereich der psychischen Gesundheit. Somit stellt sich die Frage, ob diese Ansätze vor allem für Grossunternehmen realistisch umsetzbar sind oder ob – und, falls ja, unter welchen Voraussetzungen – auch kleine und mittlere Unternehmen von solchen Konzepten profitieren können.

Weiterhin wäre es interessant, das digitale Angebot auch im Bereich der Tertiärprävention genauer zu betrachten. Hier könnten beispielsweise auch vermehrt Daten von Nutzer:innen und Interessent:innen von ylah® erhoben werden, um anhand derer einen

Vergleich oder dann auch eine Evaluation vorzunehmen. Ein weiterer Ansatzpunkt bestünde in der Erhebung der Daten von Betroffenen, die ylah® bereits eingesetzt haben, um hier noch einen weiteren Blickwinkel zu erlangen. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden legten nahe, dass Online-Umfragen auch eine reflexive Funktion erfüllen können. In zukünftiger Forschung könnte beispielsweise verstärkt untersucht werden, wie digitale Erhebungen, unter Berücksichtigung ethischer Grundsätze, nicht nur Daten generieren, sondern auch zur Selbstwahrnehmung und emotionalen Entlastung beitragen könnten.

7 Ableitung von Gestaltungsmaßnahmen

Erste Umsetzungsschritte im Rahmen der Datenerhebung

Ein erster Umsetzungsschritt im Sinne einer Handlungsempfehlung hat bereits im Rahmen der Datenerhebung stattgefunden. Während der Interviews mit Expert:innen grosser Unternehmen sondierte die Autorin das Interesse an einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Angebot von ylah®. Bei positiver Rückmeldung, d. h., wenn sich die interviewten Expert:innen offen gegenüber dem digitalen Angebot gezeigt hatten, stellte die Autorin direkt einen Kontakt zu ylah® her. Auf diese Weise konnten interessierte Unternehmen einen ersten Einblick in das Angebot sowie in die Thematik der digitalen Sekundärprävention erhalten. Dieser Schritt kann als vorbereitende Massnahme zur späteren Implementierung gewertet werden.

Sensibilisierung und Unterstützungsangebote im Rahmen regelmässiger Module

Eine mögliche Erweiterung des Angebotes von ylah® könnte in der Integration psychoedukativer Inhalte bestehen, die durch Module zur Sensibilisierung im Umgang mit psychischer Belastung ergänzt würden. Denkbar wäre ein Format, bei dem alle Mitarbeitenden – entweder individuell oder im Team – halbjährlich ein entsprechendes Modul absolvierten. Letzteres könnte so gestaltet sein, dass am Ende eine subjektive Belastungsskala ausgefüllt würde. Auf Grundlage dieser Informationen könnten den betroffenen Mitarbeitenden gezielt weiterführende Module vorgeschlagen werden. Alternativ könnte den Mitarbeitenden zusätzlich die Möglichkeit gegeben werden, über ylah® selbständig den Wunsch nach externer professioneller Unterstützung zu äussern. Dieses Vorgehen hätte den Vorteil, dass die Mitarbeitenden regelmässig – beispielsweise im Rahmen halbjährlicher Module – für das Thema sensibilisiert würden. Dadurch würde möglicherweise die Wahrscheinlichkeit steigen, dass Personen frühzeitig und bei Bedarf tatsächlich Unterstützung in Anspruch nehmen würden – aus eigener Initiative und ohne Intervention einer Führungsperson. Gleichzeitig stellt sich die Frage, inwieweit und in welcher Form die Organisation oder welche verantwortlichen Personen in der Organisation über entsprechende Unterstützungsbedarfe informiert werden sollten oder dürften. Es wäre zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen ein entsprechender Informationsfluss möglich und sinnvoll ist.

Einbettung in Organisationen

In Anbetracht dessen, dass erschöpfte Personen häufiger Führungspersonen als unterstützende Instanz im Berufsumfeld benannt, während die Personalabteilung am seltensten als Vertrauensstelle wahrgenommen wurde, erscheint eine sorgfältige strukturelle Verankerung digitaler Unterstützungsangebote, wie sie im Fall von ylah® erfolgt, besonders bedeutsam. Aus Sicht der Autorin ist es wichtig, dass bei einer betrieblichen Implementierung von ylah® die Verantwortung nicht ausschliesslich im Bereich der Human Resources (HR) gesucht wird, sondern dass vielmehr geprüft wird, ob eine Verankerung auf Ebene der Geschäftsleitung oder in einer anderen strukturellen Rolle sinnvoller ist. Dies ist insbesondere deshalb relevant, weil das Tool mit sensiblen Themen arbeitet und Vertrauen eine zentrale Voraussetzung für dessen Nutzung darstellt. So wird empfohlen, im Betrieb differenziert zu analysieren, welche interne Funktion oder Stelle sich am besten für die Einbettung des Tools eignet und welche Alternativen zur klassischen Zuordnung zum HR-Bereich denkbar sind.

Unterstützung bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen

In einem der Interviews wurde zudem thematisiert, dass betroffene Personen trotz ihres Wissens über ihre aktuelle Situation Schwierigkeiten damit haben, ihr Verhalten zu ändern. Dieses Umsetzungsdefizit stellt eine relevante Herausforderung dar, die bei zukünftigen Erweiterungen der digitalen Unterstützungsangebote berücksichtigt werden könnte. Denkbar wäre beispielsweise die Entwicklung eines spezifischen Moduls, das die Frage aufgreift, wie eine Verhaltensveränderung im Alltag vorgenommen und aufrechterhalten werden könnte. Ein solches Modul könnte Elemente wie Erinnerungsfunktionen, einfache Handlungspläne oder genaue To-do-Listen enthalten, die bewusst niederschwellig gestaltet wären. Das Ziel würde darin bestehen, durch praxisnahe und alltagsintegrierbare Ansätze die Übertragung von Wissen in Handeln zu erleichtern und somit die nachhaltige Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen zu unterstützen.

Kooperation mit der psychiatrischen Spitex

Das Angebot liesse sich auch so ergänzen und weiterentwickeln, dass der Austausch zwischen ylah® und der psychiatrischen Spitex gefördert würde. Letztere könnte als potenziell relevanter Stakeholder betrachtet werden, insbesondere im Hinblick auf die Schnittstelle zwischen digitaler Unterstützung und ambulanter Nachsorge. Mit einem gezielten Kooperationsangebot könnte dazu beigetragen werden, bestehende

Versorgungslücken zu schliessen und die Kontinuität in der Begleitung psychisch belasteter Personen zu stärken. Im Zuge einer solchen Zusammenarbeit könnten digitale und persönliche Unterstützungsstrukturen stärker miteinander verbunden werden, wodurch sich Synergien im Bereich der sekundären Prävention nutzen liessen.

8 Literaturverzeichnis

- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S. & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
- Al-Gobari, M., Shoman, Y., Blanc, S. & Guseva Canu, I. (2022). Point prevalence of burnout in Switzerland: a systematic review and meta-analysis. *Swiss Medical Weekly*, 152(3738), w30229. <https://doi.org/10.4414/SMW.2022.w30229>
- Allen, T. D., Herst, D. E. L., Bruck, C. S. & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 278–308. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.2.278>
- Angelini, G. (2023). Big five model personality traits and job burnout: a systematic literature review. *BMC Psychology*, 11(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01056-y>
- Bailey, K., Scheutzow, J., Cooke, E., Taylor, K., Silvestrin, F., Naumenko, A. et al. (2023). Employees' support strategies for mental wellbeing during and beyond the COVID-19 pandemic: Recommendations for employers in the UK workforce. *PLoS ONE*, 18(5), e0285275. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285275>
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel, A. (2023). Job Demands–Resources Theory: Ten Years Later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 25–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933>
- Barton, M. A., Lall, M. D., Johnston, M. M., Lu, D. W., Nelson, L. S., Bilimoria, K. Y. et al. (2022). Reliability and validity support for an abbreviated Copenhagen burnout inventory using exploratory and confirmatory factor analysis. *JACEP Open*, 3(4), e12797. <https://doi.org/10.1002/emp2.12797>

- Baumeister, H., Grässle, C., Ebert, D. D. & Krämer, L. V. (2018). Blended Psychotherapy – verzahnte Psychotherapie: Das Beste aus zwei Welten? *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 19(04), 33–38. <https://doi.org/10.1055/a-0592-0264>
- Berger, T., Krieger, T., Sude, K., Meyer, B. & Maercker, A. (2018). Evaluating an e-mental health program (“deprexis”) as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 227, 455–462. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.021>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Bianchi, R., Wac, K., Sowden, J. F. & Schonfeld, I. S. (2022). Burned-out with burnout? Insights from historical analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 993208. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.993208>
- Bielinski, L. L., Trimpop, L. & Berger, T. (2021). Die Mischung macht’s eben? Blended-Psychotherapie als Ansatz der Digitalisierung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 66(5), 447–454. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00524-3>
- Blom, V., Bergström, G., Hallsten, L., Bodin, L. & Svedberg, P. (2012). Genetic susceptibility to burnout in a Swedish twin cohort. *European Journal of Epidemiology*, 27(3), 225–231. <https://doi.org/10.1007/s10654-012-9661-2>
- Bolatov, A. K., Seisembekov, T. Z., Askarova, A. Zh., Igenbayeva, B., Smailova, D. S. & Hosseini, H. (2021). Psychometric Properties of the Copenhagen Burnout Inventory in a Sample of Medical Students in Kazakhstan. *Psychology in Russia: State of the Art*, 14(2), 15–24. <https://doi.org/10.11621/pir.2021.0202>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2021). *Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV): Ansatz und Aufgaben*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung - Zahlreiche Fallbeispiele - Hilfen zur Selbsthilfe*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-36255-2>

- Carvalho, C., Mónico, L., Pinto, A., Oliveira, S. & Leite, E. (2024). Effects of Work–Family Conflict and Facilitation Profiles on Work Engagement. *Societies*, *14*(7), 110.
<https://doi.org/10.3390/soc14070110>
- Demerouti, E. (2024). Burnout: A comprehensive review. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, *78*(4), 492–504. <https://doi.org/10.1007/s41449-024-00452-3>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*(3), 499–512.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Eccles, D. W. & Arsal, G. (2017). The think aloud method: what is it and how do I use it? *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *9*(4), 514–531.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1331501>
- Edú-Valsania, S., Laguía, A. & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- Enav, Y., Iron, Y., Kivenson Bar-On, I. & Scharf, M. (2024). Protective factors against parental burnout during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, *14*(1), 30415.
<https://doi.org/10.1038/s41598-024-79020-y>
- Erbe, D., Eichert, H.-C., Riper, H. & Ebert, D. D. (2017). Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(9), e306.
<https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Etzelmüller, A., Radkovsky, A., Hannig, W., Berking, M. & Ebert, D. D. (2018). Patient's experience with blended video- and internet based cognitive behavioural therapy service in routine care. *Internet Interventions*, *12*, 165–175.
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.01.003>
- Feiler, M., Balzus, L., Ebert, D. D., Stephani, V., Groos, H. & Heber, E. (2021). Studienbericht: Online-Training zur beruflichen Stressbewältigung - HelloBetter Stress und Burnout. Leuphana Universität Lüneburg. Verfügbar unter:
https://cdn.hellobetter.de/blog/2021/06/Studienbericht_HelloBetter_Stress_und_Burnout.pdf

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Freudenberger, H. J. & North, G. (1992). *Burn-out bei Frauen: über das Gefühl des Ausgebranntseins*. Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Gabriel, T. & Nicham, R. (2012). *Burnout: Leitfaden zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (Reihe Wissen) (2. überarbeitete Auflage., Band 5)*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Fonds Gesundheit Österreich.
- Galanakis, M. D. & Tsitouri, E. (2022). Positive psychology in the working environment. Job demands-resources theory, work engagement and burnout: A systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1022102.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1022102>
- Galliker, S., Igic, I., Elfering, A., Semmer, N. K., Brunner, B. & Thommen, C. (2022). *Job-Stress-Index 2022: Monitoring von Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- gfs.bern. (2023). *Wie geht's, Schweiz? Hauptbefragung 2022 – Schlussbericht zur Publikation (Version 5, 30.11.2023)*. Verfügbar unter: https://www.gfsbern.ch/wp-content/uploads/2023/11/222053_wie-gehts-schweiz_hauptbefragung_schlussbericht-publikation_v5_def_30.11.23-1.pdf
- Habermann-Horstmeier, L. & Lippke, S. (2021). Grundlagen, Strategien und Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. *Prävention und Gesundheitsförderung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_6
- Hanebuth, D., Aydin, D. & Scherf, T. (2012). Burnout and related conditions in managers: a five-year longitudinal study. *Psychology of Everyday Activity*, 5(2), 4–39.
- Hildesheim, H. L. (2022). *Moralischer Stress bei Assistenzärzt*innen in der Neurologie*. Kiel: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Hill, A. P. & Curran, T. (2016). Multidimensional Perfectionism and Burnout: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 20(3), 269–288.
<https://doi.org/10.1177/1088868315596286>

- Interpharma. (2024). *Nachhaltiges Gesundheitswesen: Gezielte Prävention und Früherkennung als Schlüssel zum langfristigen Erfolg*. Verfügbar unter: https://www.interpharma.ch/wp-content/uploads/2024/11/20241104_Situationsanalyse-TF-Prevention-and-Early-Diagnosis_Layout-DE.pdf
- Koutsimani, P., Montgomery, A. & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology, 10*, 284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kudielka, B. M. & Wüst, S. (2010). Human models in acute and chronic stress: Assessing determinants of individual hypothalamus–pituitary–adrenal axis activity and reactivity. *Stress, 13*(1), 1–14. <https://doi.org/10.3109/10253890902874913>
- Lamontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A. & Landsbergis, P. A. (2007). A Systematic Review of the Job-stress Intervention Evaluation Literature, 1990–2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 13*(3), 268–280. <https://doi.org/10.1179/oeh.2007.13.3.268>
- Leppin, A. (2007). Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2006* (S. 99–109). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-34368-4_6
- Li, H., Dance, E., Poonja, Z., Aguilar, L. S. & Colmers-Gray, I. (2024). Agreement between the Maslach Burnout Inventory and the Copenhagen Burnout Inventory among emergency physicians and trainees. *Academic Emergency Medicine, 31*(12), 1243–1255. <https://doi.org/10.1111/acem.14994>
- Listopad, I. W., Michaelsen, M. M., Werdecker, L. & Esch, T. (2021). Bio-Psycho-Socio-Spirito-Cultural Factors of Burnout: A Systematic Narrative Review of the Literature. *Frontiers in Psychology, 12*, 722862. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722862>

- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(2001), 397–422. Annual Reviews.
- Mathiasen, K., Andersen, T. E., Lichtenstein, M. B., Ehlers, L. H., Riper, H., Kleiboer, A. et al. (2022). The Clinical Effectiveness of Blended Cognitive Behavioral Therapy Compared With Face-to-Face Cognitive Behavioral Therapy for Adult Depression: Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(9), e36577. <https://doi.org/10.2196/36577>
- Matti, N., Mauczok, C. & Specht, M. B. (2022). Müdigkeit, Fatigue und Erschöpfung: Alles das Gleiche oder Ausprägungen eines Kontinuums? – Ein Diskussionsanstoß. *Somnologie*, 26(3), 187–198. <https://doi.org/10.1007/s11818-022-00372-6>
- Nadon, L., De Beer, L. T. & Morin, A. J. S. (2022). Should Burnout Be Conceptualized as a Mental Disorder? *Behavioral Sciences*, 12(3), 82. <https://doi.org/10.3390/bs12030082>
- Nahas, A. R. F., Elnaem, M. H., Mubarak, N., Khatwa, M. A., Barakat, M., Faller, E. et al. (2024). Assessment of burnout, resilience, and thriving among academic health professionals: findings from an international study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1366612. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1366612>
- Ogunsuji, O., Ogundipe, H., Adebayo, O., Oladehin, T., Oiwoh, S., Obafemi, O. et al. (2022). Internal Reliability and Validity of Copenhagen Burnout Inventory and Oldenburg Burnout Inventory Compared with Maslach Burnout Inventory among Nigerian Resident Doctors: A Pilot Study. *Dubai Medical Journal*, 5(2), 89–95. <https://doi.org/10.1159/000521376>
- Pischel, S., Felfe, J. & Krick, A. (2023). Health-oriented leadership: Antecedents of leaders' awareness regarding warning signals of emerging depression and burnout. *German Journal of Human Resource Management: Zeitschrift für Personalforschung*, 37(3), 169–198. <https://doi.org/10.1177/23970022221130754>
- Psychiatrische Dienste Aargau AG. (2025). *Evaluation, Lehre und Forschung*. Zugriff am 12.4.2025. Verfügbar unter: <https://www.pdag.ch/ueber-die-pdag/evaluation-lehre-und-forschung>

- Putnik, K., De Jong, A. & Verdonk, P. (2011). Road to help-seeking among (dedicated) human service professionals with burnout. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.004>
- Rossi, M. F., Gualano, M. R., Magnavita, N., Moscato, U., Santoro, P. E. & Borrelli, I. (2023). Coping with burnout and the impact of the COVID-19 pandemic on workers' mental health: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1139260. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1139260>
- Schaufeli, W. B. (2017). *Burnout: A Short Socio-Cultural History*. W: S. Neckel, AK Schaffner, & G. Wagner (red.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction (s. 105–127)*. Palgrave Macmillan. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8_5.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schonfeld, I. S., Verkuilen, J. & Bianchi, R. (2019). Inquiry into the correlation between burnout and depression. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(6), 603–616. <https://doi.org/10.1037/ocp0000151>
- Schulte, E.-M., Wittner, B. & Kauffeld, S. (2021). Ressourcen und Anforderungen (ReA) in der Arbeitswelt: Entwicklung und erste Validierung eines Fragebogens. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 52(2), 405–415. <https://doi.org/10.1007/s11612-021-00565-x>
- Schuster, R., Topooco, N., Keller, A., Radvogin, E. & Laireiter, A.-R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interventions*, 21, 100326. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100326>
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243–252. <https://doi.org/10.1080/00207590701396641>
- Shahwan, S., Tay, E. H., Shafie, S., Tan, Y. B., Gunasekaran, S., Tan, R. H. S. et al. (2024). The protective role of resilience and social support against burnout during the

- COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 12, 1374484.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1374484>
- Slavich, G. M. & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140(3), 774–815. <https://doi.org/10.1037/a0035302>
- Ten Brummelhuis, L. L. & Bakker, A. B. (2012). A resource perspective on the work–home interface: The work–home resources model. *American Psychologist*, 67(7), 545–556.
<https://doi.org/10.1037/a0027974>
- Tiemann, M. & Mohokum, M. (Hrsg.). (2021). *Prävention und Gesundheitsförderung* (Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit) (Band 2). Berlin: Springer.
- Uncovska, M., Freitag, B., Meister, S. & Fehring, L. (2023). Patient Acceptance of Prescribed and Fully Reimbursed mHealth Apps in Germany: An UTAUT2-based Online Survey Study. *Journal of Medical Systems*, 47(1), 14.
<https://doi.org/10.1007/s10916-023-01910-x>
- Urech, A., Krieger, T., Möseneder, L., Biaggi, A., Vincent, A., Poppe, C. et al. (2019). A patient *post hoc* perspective on advantages and disadvantages of blended cognitive behaviour therapy for depression: A qualitative content analysis. *Psychotherapy Research*, 29(8), 986–998. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1430910>
- Werdecker, L. (2021). Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PLoS ONE*, 16(6), e0253447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253447>
- Willems, R., Monten, C. & Portzky, G. (2018). Exploring the relative importance of work-organizational burnout risk factors in Belgian residents. *Medical Education Online*, 23(1), 1521246. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1521246>
- Yildirim, D. & Aycan, Z. (2008). Nurses' work demands and work–family conflict: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1366–1378.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.10.010>
- ylah. (2024). ylah | *Blended Psychotherapie*. Zugriff am 20.9.2024. Verfügbar unter:
<https://ylah.ch/>

Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, 3*, 1007–1112.

Zwerenz, R., Baumgarten, C., Becker, J., Tibubos, A., Siepmann, M., Knickenberg, R. J. et al. (2019). Improving the Course of Depressive Symptoms After Inpatient Psychotherapy Using Adjunct Web-Based Self-Help: Follow-Up Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research, 21*(10), e13655. <https://doi.org/10.2196/13655>

Zwerenz, R., Becker, J., Knickenberg, R. J., Siepmann, M., Hagen, K. & Beutel, M. E. (2017). Online Self-Help as an Add-On to Inpatient Psychotherapy: Efficacy of a New Blended Treatment Approach. *Psychotherapy and Psychosomatics, 86*(6), 341–350. <https://doi.org/10.1159/000481177>

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Zusammenfassung der sieben Teilbereiche der Online-Befragung mitsamt deren Inhalten..... 29

Tabelle 2 Beschreibung und Zuordnung der vier Personas und der 12-Phasen nach Freundenberger und North (1992)..... 33

Tabelle 3 Leitfragen der Expert:inneninterviews 37

Tabelle 4 Übersicht Geschlecht, Alter, Ausbildung, Position, Branche und Pensum der Stichprobe der Online-Befragung 38

Tabelle 5 Darstellung der eingesetzten Verfahren für die statistische Analyse der Hypothesen H1a–H1d und H2a–H2d..... 40

Tabelle 6 Burnout-Ausprägung der Stichprobe, unterteilt in persönliches, arbeitsbezogenes Burnout und Gesamt-Burnout mit Signifikanzprüfung und Effektgrößen..... 42

Tabelle 7 Post-hoc-Vergleiche Ausprägung Gesamt-Burnout nach Bereitschaft zur Angebotsnutzung..... 53

Tabelle 8 Häufigkeiten und Korrelationen der einzelnen Begleitungen mit Externe Fachperson..... 56

Tabelle 9 Logistische Regressionen zum Zusammenhang zwischen der Ausprägung Gesamt-Burnout und Wahl der Begleitung..... 56

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Durchschnittliche Burnout-Ausprägung pro Persona in den drei Burnout-Bereichen (Persönlich, Arbeitsbezogen, Gesamt)..... 43

Abbildung 2. Einteilung der Stichprobe (n = 111) in die vier Skalen zur Wichtigkeit der gewünschten Unterstützung im privaten, beruflichen und professionellen Kontext..... 45

Abbildung 3. Korrelation der angegebenen Wichtigkeit von Unterstützung in den Kontexten privat, beruflich und professionell im Zusammenhang mit der persönlichen und arbeitsbezogenen Burnout-Ausprägung. 46

Abbildung 4. Mittlere Ränge der wahrgenommenen Unterstützungsfähigkeit verschiedener Akteur:innen in den Kontexten privat, beruflich und professionell..... 47

Abbildung 5. Verschiedene Anforderungen sortiert nach Häufigkeit der Nennung..... 49

Abbildung 6. Verschiedene Ressourcen sortiert nach Häufigkeit der Nennung..... 51

Abbildung 7. Boxplot der Ausprägung Gesamt-Burnout nach Bereitschaft zur Nutzung des Angebots von ylah®..... 54

Abbildung 8. Verschiedene Aktivitäten sortiert nach Häufigkeit der Nennung 55

Abbildung 9. Häufigkeitsverteilung der bevorzugten Kostenbeteiligung in Prozent 58